

ANNÉE 1910 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

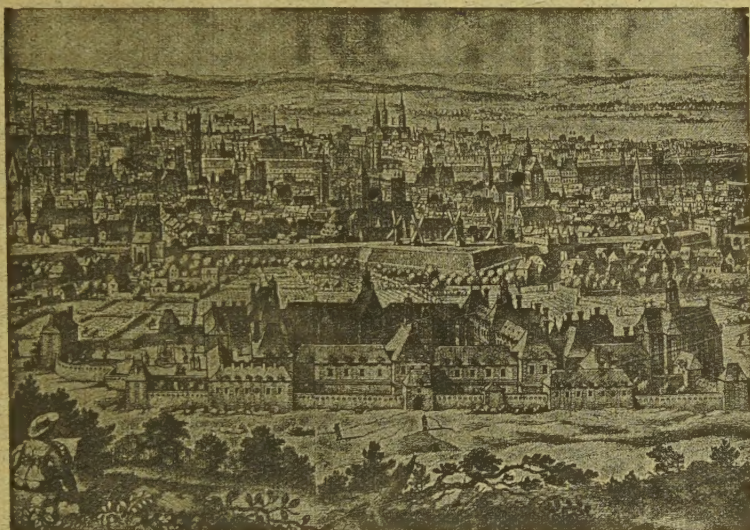
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Mars 1910, à 1 heure

PAR

Adrien MANNE

Né à l'Herbergement (Vendée), le 25 juillet 1883.
Ancien Interne Provisoire des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique, 1908



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Le Chancre syphilitique chez l'Enfant

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges : { MM. ROGER, professeur
PIERRE MARIE, professeur
LEGRY, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

203

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ANNÉE 1910 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N° 

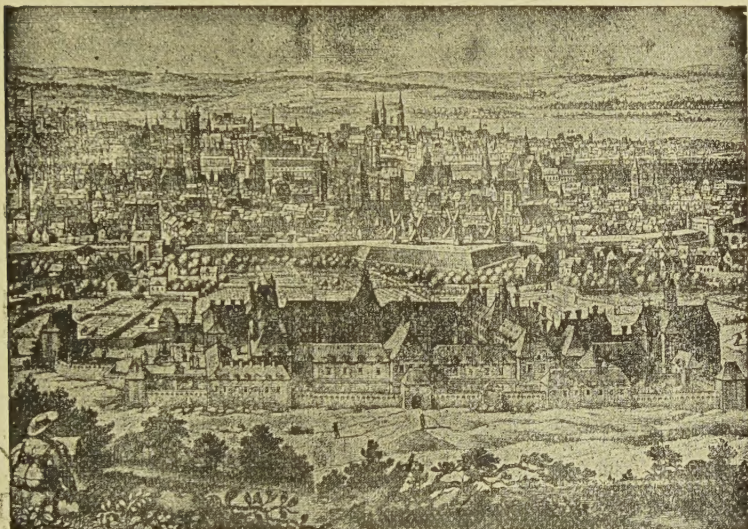
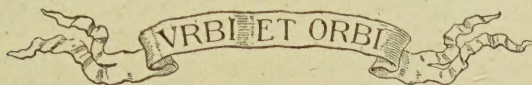
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Mars 1910, à 1 heure

PAR

Adrien MANNE

Né à l'Herbergement (Vendée), le 25 juillet 1883
Ancien Interne Provisoire des Hôpitaux de Paris
[Médaille de] Bronze de l'Assistance Publique, 1908



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Le Chancre syphilitique chez l'Enfant

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges :

{	MM. ROGER, professeur
	PIERRE MARIE, professeur
	LEGRY, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale.	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	FOUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	PINARD
Clinique d'accouchements.	BAR
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LORPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL
CARNOT	JEANSEIME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

1903-1904. M. le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

1904-1905. M. le Professeur Agrégé RENON

Médecin de l'Hôpital Necker

1905-1906. M. le Professeur Agrégé PEYROT

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

M. le Docteur SOULIGOUX

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

1906-1907. M. le Professeur Agrégé GOUGET

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

M. le Professeur Agrégé MACAIGNE

Médecin de l'Hôpital Tenon

1907-1908. M. le Docteur TAPRET

Médecin de l'Hôpital Lariboisière

1908-1909. M. le Docteur BROUARDEL

Médecin de l'Hôpital Tenon

1909. M. le Professeur Agrégé DEMELIN

Accoucheur de l'Hôpital Tenon

M. le Docteur CATHALA
Accoucheur des Hôpitaux

1910. M. Le Professeur GAUCHER
Hôpital Saint-Louis

A MM. le Docteurs MICHON, MARION, LAPOINTE
Chirurgiens des Hôpitaux

MM. les Docteurs LCEPER, RAVAUT
Médecins des Hôpitaux

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

LE

Chancre Syphilitique chez l'Enfant

INTRODUCTION

Les cas de syphilis infantile acquise sont loin de constituer une rareté, on en trouve de nombreux exemples dans la littérature médicale ; dans son service de l'hôpital Saint-Louis, M. le professeur Gaucher en a recueilli une série d'observations ; quelques-unes ont déjà été publiées à la Société de dermatologie. Ces observations sont extrêmement variées ; elles concernent des enfants dont l'âge varie de un à quinze ans. Leur principal intérêt réside dans les variétés de localisations du chancre et dans les modes de contagion.

Nous nous proposons, au cours de cette revue générale, d'étudier dans une première partie, les différents modes de contamination de l'enfance, de faire ressortir par quels mécanismes la syphilis peut atteindre l'enfant.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons les caractères du chancre en rapport avec sa localisation et nous nous efforcerons de mettre en lumière les erreurs auxquelles son diagnostic peut donner lieu.

Malgré tous les efforts des médecins et des sociologues, la syphilis est considérée comme une maladie honteuse, toujours vénérienne, et l'on pense qu'il suffit de ne pas s'y exposer pour en être exempt. C'est avec de tels préjugés que l'on arrive à cette grave conséquence, de croire l'enfant parfaitement à l'abri de la vérole. Or, la syphilis est la moins vénérienne de toutes les maladies vénériennes. Chez l'enfant, elle est surtout extragénitale : c'est la « syphilis imméritée », la « syphilis des innocents » (Bulkley).

Une grande partie de son intérêt réside dans ses modes de contamination. Nous nous proposons de les étudier dans la première partie de notre thèse, mais dès maintenant, il convient d'établir un point d'une importance capitale :

On peut lire dans les *Annales de Dermatologie*, deux observations de Grunfeld et Poncelet, relatives à deux cas de chancre syphilitique du cuir chevelu contractés par des nouveau-nés, au contact des parties génitales pendant la parturition. Ainsi donc, dans ces deux observations, la mère avait contracté la syphilis pendant la grossesse, à une période assez avancée, pour que l'enfant ne présentât pas à la naissance des signes d'hérédo-syphilis et c'est au moment seulement de la naissance, par contact avec les parties malades, que ces enfants ont contracté la syphilis.

Des faits de ce genre constituent-ils la règle, sont-ils

au contraire isolés dans la littérature médicale ? Ils ne sont ni la règle, ni l'exception : la valeur de ces deux observations est contestée. On admet aujourd'hui que jamais la syphilis infantile ne dérive de la contagion au passage, c'est-à-dire que l'enfant, au moment où il vient au monde, ne peut contracter la syphilis par contact avec un accident contagieux siégeant sur les parties maternelles. Pour expliquer de tels faits, on a successivement invoqué l'existence de l'enduit sébacé qui recouvre le corps de l'enfant au moment de la naissance, le nettoyage de la filière vagino-vulvaire, avant la sortie de l'enfant, par le liquide amniotique, l'absence d'écorchures sur le corps de l'enfant.

En réalité, il s'agit d'une sorte d'immunisation. Cette immunité ne s'exerce pas seulement au moment de la naissance, elle se poursuit au delà. Un enfant né sain d'une mère atteinte de syphilis antérieure à l'accouchement, ne saurait être contaminé par elle au cours de l'allaitement.

C'est ce que Profeta a formulé sous forme de loi :

« Un enfant né sain d'une femme syphilitique ne prend pas la syphilis de sa mère. »

Cette immunité ne paraît d'ailleurs pas durable. Il semble qu'elle s'atténue peu à peu, et que ces descendants de syphilitiques rentrent après un certain nombre d'années dans la règle commune. A leur tour, ils peuvent devenir syphilitiques.

A l'appui de cette hypothèse, Finger de Vienne en 1898 a publié plusieurs observations vraiment concluantes dont quelques-unes citées par Rostaine. (Thèse de Paris, 1905.)

Il convient donc d'établir que tous les enfants, à l'exception de ceux présentant des accidents de syphilis secondaire au moment de leur naissance ou dans les jours qui suivent, que tous, dis-je, peuvent contracter la syphilis.

« Les seuls parmi les fils de syphilitiques qui doivent bénéficier de l'immunité envers la syphilis, dit M. le professeur Gaucher, sont ceux qui sont atteints de syphilis infantile proprement dite, ceux qui présentent à la naissance ou peu de temps après les accidents secondaires de la syphilis héréditaire. »

MODES DE CONTAMINATION

Les modes de contamination sont nombreux, la syphilis peut être transmise à l'enfant par :

L'allaitement ; le baiser ; les ustensiles de ménage ; les jouets ; les objets de toilette ; le linge de corps des parents ; le lit commun ; le viol ; les interventions chirurgicales.

Nous étudierons ces modes de contagion suivant le siège du chancre syphilitique ; celui-ci peut être facial, il peut siéger sur le tronc et les membres, sur les organes génitaux : le plan que nous allons suivre sera donc :

- 1° Etude des modes de contagion du chancre facial ;
- 2° Etude des modes de contagion du chancre du tronc et des membres ;
- 3° Etude des modes de contagion du chancre génital.

Et nous verrons ensuite, dans un chapitre spécial, comment certaines interventions chirurgicales ont pu transmettre la syphilis.

CHANCRE DE LA FACE

L'allaitement est le mode le plus fréquent de contagion syphilitique chez le nourrisson. Rollet en a précisé

l'historique dans les *Archives d'Anthropologie criminelle* de 1894, et nous a appris que de longue date, les auteurs connaissaient ce mode de transmission de la syphilis. Gaspard Torrela et Aquilanus à la fin du xv^e siècle croyaient déjà à la contamination possible du nourrisson par la nourrice, et Jacob de Cutanée écrivait : « Le lait étant formé aux dépens des éléments du sang doit participer aux mauvaises qualités de ce dernier. »

Villa, Almenar, Fracastor, pensent de même.

Amatus Lusitanus en 1544, cite l'observation d'un enfant, atteint de syphilis héréditaire, qui contagionna sa nourrice, laquelle donna à son tour la maladie à neuf enfants ou adultes. Brassarole, Perrier, Rondelet, peu de temps après, citent des cas de même nature. Ambroise Paré écrit : « Une honneste et riche femme pria son mary qu'il luy permist d'estre nourrice d'un sien enfant : ce qu'il luy accorda pourvu qu'elle print une autre nourrice pour la soulager à nourrir l'enfant. Cette nourrice avoit la vérole et la bâilla à l'enfant, et l'enfant à la mère et la mère au mary et le mary à deux autres petits enfants qu'il faisoit ordinairement boire et manger. »

On croyait donc à ce moment à la possibilité de la transmission de la syphilis entre nourrices et nourrissons. En 1778, Hunter renversa toutes ces données. Pour lui, il n'y a de contagieux dans la syphilis que le chancre. Ricord nia aussi la contagion de la syphilis secondaire et de la syphilis héréditaire : le chancre mammaire de la nourrice n'était jamais le fait du nourrisson, il admettait que les nourrices, tantôt s'inoculaient elles-mêmes le chancre des parties sexuelles au mamelon à l'aide de leurs doigts souillés de virus, que tantôt chez

elles, l'acte vénérien le communiquait directement au sein dans des rapports « quela plume, disait-il, se refuse de tracer ».

On sait aujourd'hui, d'autant mieux qu'on connaît le tréponème, la contagiosité des accidents secondaires et tertiaires, et l'on sait avec quelle facilité une nourrice syphilitique peut infecter son nourrisson.

En général, la contamination se produit dans deux ordres de circonstances. Tantôt c'est une nourrice syphilitique qui contagionne l'enfant qui lui est confié ; tantôt c'est une nourrice qui allaitant successivement deux enfants, l'un syphilitique, l'autre indemne, est victime de la syphilis du premier et cause de la syphilis du second.

Dans le service de notre maître, M. le professeur Gaucher, nous en trouvons deux exemples typiques.

OBSERVATION I (Fiche 8.181)

V... Paul, 19 octobre 1905.

Cet enfant, âgé de deux ans, est syphilitique depuis l'âge de neuf mois, époque où il eut un chancre syphilitique de la lèvre inférieure. Sa mère qui le nourrissait au sein s'étant absentée, le confia à une voisine qui se fit un plaisir de l'accepter et promit même à la mère de la remplacer dans son rôle de nourrice.

Le soir même, la mère reprenait son enfant, tout heureuse d'apprendre qu'il n'avait en aucune façon souffert de son absence et qu'il avait eu ses tétées régulières.

Quatre semaines après, la mère remarquait sur la lèvre

inférieure de son bébé un « petit bouton de feu ». Il s'agissait d'un accident primaire et un mois après la mère présentait un chancre du sein.

OBSERVATION II (Fiche 14602)

B... Léon, 29 juillet 1909.

Ce malade âgé de quarante et un ans est soigné dans le service du professeur Gaucher pour une glossite scléreuse. Interrogé sur la date d'apparition de sa syphilis, il nous apprend que le début de sa maladie remonte à sa première enfance.

Il fut contagionné par sa mère qui avait contracté un chancre du sein en nourrissant un enfant syphilitique.

Ces exemples se voient surtout dans la classe pauvre où la mère fait souvent appel à l'obligeance d'une voisine. Besoin et ignorance sont ici en cause ; c'est l'ignorance seule que l'on doit incriminer dans les autres classes de la société. Raoul cite à ce sujet un cas typique de Fournier.

« Une femme du monde racontait que sa nourrice avait du lait en telle abondance, qu'il lui arrivait fréquemment à la promenade de donner le sein à deux ou trois enfants parce que son nourrisson ne pouvait en prendre suffisamment pour la soulager. Cette dame semblait être fière d'avoir une si bonne nourrice et s'amusait du moyen employé pour utiliser tant de lait.

« Sur la remarque qui lui fut faite que ce moyen était très dangereux et que la nourrice s'exposait à prendre la syphilis et

à la transmettre à son nourrisson, elle s'écria surprise : Mais docteur, qu'est-ce donc que la syphilis ? »

Elles ignorent aussi la contagion de la vérole, les femmes qui, voulant suppléer à une insuffisance du mamelon, font appel à des pratiques bizarres. Par de savantes suctions, certaines matrones excellent à façonner le sein des nouvelles accouchées et si parfois leurs efforts rendent la tétée facile, trop souvent aussi des matrones syphilitiques ont infecté le sein de leur « cliente ».

A Condé, quatorze mères durent à cette pratique de contagionner leur nourrisson, et les maris ne furent pas indemnes ! L'épidémie de Brive, où l'on compta cent petites victimes, reconnut la même origine.

L'allaitement au biberon n'est pas à l'abri de gros dangers. Fournier rapporte l'exemple d'une femme de ménage qui s'amusait tous les jours à amorcer le biberon d'un enfant, à une époque où elle était en pleine période d'accidents, où l'examen de la bouche permettait de constater de très nombreuses plaques muqueuses ; elle transmet ainsi la syphilis à l'enfant qui eut un chancre de la lèvre.

Si tels sont les maux, le médecin doit en rechercher le remède, d'autant qu'il se trouve en présence d'un véritable problème social. Sa mission est double : il doit protéger l'enfant et la nourrice.

Protéger l'enfant, c'est être sûr de la nourrice à laquelle on le confie. Son examen médical doit être approfondi,

et même s'il reste négatif il ne saurait être concluant. Il faut toujours penser au cas de cette nourrice sur laquelle l'exploration la plus minutieuse n'avait permis de relever aucun accident spécifique : elle n'était encore qu'en incubation de syphilis ; elle était en pleine période d'accidents alors qu'elle allaitait son enfant.

OBSERVATION III

« Une nourrice allaitait un enfant syphilitique, lequel vint à succomber. Aussitôt elle se met en quête d'un autre nourrisson. Elle s'adresse à un bureau de Lyon dont le médecin l'examine ; on la trouve saine et on lui confie un deuxième enfant, 7 avril 1869, petite fille âgée de trois jours, bien portante, les parents de cette enfant, sains et reconnus indemnes de syphilis.

« La mère au bout de deux mois est allée chez la nourrice voir son enfant qui ne présentait alors ni plaie, ni bouton, mais la nourrice avait au sein une ulcération large comme un sou. La mère ni la nourrice ne s'en inquiétèrent et l'allaitement continua. Un mois et demi après la mère visitant son enfant remarque une ulcération à la lèvre supérieure, près la commissure gauche, la joue était tuméfiée, les ganglions sous-maxillaires pris de ce côté. Elle retire l'enfant de chez la nourrice et la confie à une nouvelle nourrice bien portante, 15 avril 1869.

« Quinze jours après ces symptômes secondaires apparaissent chez l'enfant, plaques muqueuses à la vulve, à l'anus, bouton sur le corps.

« Le 10 septembre 1869, la deuxième nourrice présentait un chancre syphilitique du mamelon. »

C'est à Dron de Lyon que nous devons cette observation.

Le professeur Pinard s'en est souvenu dans les conclusions de son rapport à la Société de prophylaxie sanitaire et morale, 10 avril 1905 ; il émet deux vœux :

1° Obligation légale ou administrative pour toute nourrice venant de quitter un nourrisson et qui veut se replacer, de posséder un certificat médical attestant que l'enfant auquel elle vient de donner le sein n'était affecté d'aucun symptôme contagieux ;

2° Dispositions légales ou arrêté préfectoral interdisant à toute nourrice non pourvue du certificat mentionné ci-dessus de se replacer nourrice au sein pendant deux mois.

Que de médecins ont le tort de ne rechercher dans la nourrice que « la bonne laitière » et de croire que tout est pour le mieux dans l'état général quand elle a « bonne mine » et qu'elle ne tousse pas !

On doit montrer la même sévérité dans le choix des personnes chargées de préparer le biberon de l'enfant.

Il convient de discuter maintenant un problème très délicat : Une mère syphilitique peut-elle impunément allaiter son enfant ? Profeta avait érigé la réponse en une véritable loi : « Une femme donnant naissance à un enfant sain, celui-ci ne prend pas la syphilis de sa mère. »

La loi de Profeta est une loi toute médicale, c'est dire qu'elle comporte des exceptions.

Quelle est alors la conduite à tenir ? Celle du profes-

seur Gaucher, basée sur des données scientifiques, semble la plus prudente.

Il sera bon de faire à ce nourrisson, en apparence sain, une séro-réaction de Wassermann. Si elle est positive, on pourra sans danger confier l'enfant à sa mère ; si elle est négative, on ne doit pas *a priori* permettre l'allaitement maternel.

Dans ces cas, on peut user du subterfuge suivant qui consiste à se servir d'une tétérèlle à réservoir, l'enfant ne prenant pas ainsi directement contact avec le sein de sa mère.

On protégera l'enfant en protégeant la nourrice.

La protection de la nourrice semble avoir cependant très peu préoccupé les législateurs.

Le D^r Renon se demande à juste titre : « Pourquoi n'y aurait-il pas une loi, un règlement donnant le droit à la nourrice de faire examiner par un médecin de son choix l'enfant qu'on va lui donner ? »

Le médecin interdira l'allaitement par la nourrice mercenaire au moindre symptôme d'hérédo-syphilis constaté chez le nouveau-né. Dans ces circonstances son rôle est quelquefois difficile ; sans doute dans la majorité des cas, en montrant à la famille de l'enfant les dangers que celui-ci peut faire courir à la nourrice, le scandale et les frais qu'entraînerait pour eux sa contagion, le médecin arrive à convaincre les parents et obtient soit l'allaitement au biberon, soit l'allaitement maternel ; mais il est des cas où il se heurte à une résistance acharnée de la part de la famille. L'observation suivante, empruntée au D^r Renon, en est un exemple :

« Il s'agit d'un monsieur syphilitique qui, contrairement à l'avis de son médecin, se marie après une période de traitement tout à fait insuffisante. Sa femme met au monde un enfant présentant des papules à la face palmaire des mains : il s'agissait de pemphigus syphilitique. Aussi le médecin de la famille interdit-il formellement l'allaitement par la nourrice et conseille l'allaitement maternel. Les parents de la jeune femme s'y refusent absolument :

« Si vous faites nourrir notre fille, vous allez la tuer, elle est très délicate, il faut absolument une nourrice à son enfant. »

Affolé, le père vient trouver le Dr Renon qui tranche les difficultés en donnant une nourrice syphilitique à l'enfant.

Mais, comme le fait fort justement remarquer le Dr Renon, la nourrice syphilitique « c'est l'oiseau rare » et si les parents avaient persisté dans leur idée première de confier le bébé à une nourrice, le médecin, devant la résistance des parents, devait-il prévenir la nourrice ? c'eût été là une violation du secret professionnel.

L'article 378 du Code pénal dit textuellement : « Les médecins, chirurgiens et autres olficiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession des secrets qu'on leur confie, qui hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement de un à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs. »

Gailleton, au sujet de la conduite à tenir, distingue trois groupes de nouveau-nés :

1° Les porteurs de lésions spécifiques ;

2° Les suspects ;

3° Les bien portants en apparence ; et il propose de prendre vis-à-vis de chacun de ces groupes les mesures suivantes :

I. — Tout enfant porteur de lésions spécifiques doit être allaité par la mère. En cas d'impossibilité absolue il sera élevé au biberon. Il ne sera jamais donné à une nourrice.

La même règle de conduite sera adoptée à l'égard d'enfants nés de parents syphilitiques. Que la maladie des parents soit récente ou ancienne, qu'elle ait frappé les deux géniteurs ou l'un d'eux seulement et quel que soit le bon état de santé apparente du nouveau-né.

II. — Seront considérés comme suspects et ne seront confiés à une nourrice qu'après une période d'épreuve de quatre à six semaines pendant laquelle ils seront nourris par la mère ou artificiellement :

1° L'enfant né de parents inconnus (enfants exposés) ;

2° L'enfant né de parents sur lesquels les renseignements fournis par l'examen direct et par l'interrogatoire sont incomplets (père absent ou inconnu) ;

3° L'enfant présentant les petits signes de syphilis héréditaire et en première ligne : la lourdeur du placenta, la déviation de la courbe d'accroissement, l'aspect vieillot, cachectique, etc.

III. — Les nouveau-nés envoyés en nourrice soit par les familles soit par les administrateurs hospitalisés, sont expédiés à la campagne dans les deux premiers mois qui suivent l'accouchement. Ce *modus agendi* enlève toute garantie au point de vue de la prophylaxie

des nourrices, puisque les symptômes spécifiques font souvent défaut chez le nouveau-né dans les premiers jours de la naissance. Il est donc de toute nécessité de reculer le moment où l'enfant doit être envoyé en nourrice. Il faudrait le garder de quatre à six semaines pendant lesquelles la mère le nourrirait.

Avec de telles mesures on arriverait à protéger la nourrice et l'on ferait disparaître un des modes le plus fréquent de transmission de la syphilis chez l'enfant. Peu de familles n'écouteraient le médecin, et s'il en était qui envers et malgré tout voulaient une nourrice alors que le nourrisson est nettement reconnu syphilitique, le nombre diminuerait bien vite si l'on mettait en pratique les vœux émis à la Société de prophylaxie à la suite d'un rapport du professeur Pinard.

I. — *Vœu de M. Honnorat.* — « La Société de prophylaxie sanitaire et morale émet le vœu que la loi oblige les parents qui placent un enfant en nourrice ou lui donnent une nourrice sur lieu, à produire un certificat médical établissant que cet enfant n'est atteint d'aucune maladie contagieuse.

II. — *Vœu de M. Mercier.* — « Nul ne sera admis à confier un enfant à une nourrice s'il ne fournit un certificat médical établissant que cet enfant ne présente actuellement aucune trace d'accident syphilitique, et que ses père et mère paraissent exempts de cette affection, et s'il ne produit une déclaration du père affirmant sous sa responsabilité personnelle qu'il n'a pas contracté la même affection. »

Toutes ces mesures deviendraient superflues si l'allaitement maternel devenait la règle, aussi est-ce vers ce but

que doivent tendre tous les efforts. « Le lait de la mère appartient à l'enfant » écrit le professeur Pinard ; à ses élèves le professeur Gaucher ne cesse de répéter cette boutade : « Quiconque, dit-il, confie son enfant à une nourrice mercenaire, commet toujours un vol et souvent un assassinat. »

Toutes les fois qu'il est possible, le médecin devra donc conseiller l'allaitement par la mère.

L'enfant naît-il avec des symptômes d'hérédo-syphilis, la mère pourra le nourrir sans danger pour elle, car de par la loi de Colles-Baumès :

« Toute femme en apparence indemne de syphilis qui met au monde un hérédo-syphilitique, peut allaiter cet enfant sans courir le danger de contracter un chancre. »

Bien qu'érigée sous forme de loi, dans la circonstance, la conduite à tenir n'est pas sans présenter quelquefois de graves difficultés. Comme la loi de Profeta, la loi de Colles-Baumès est sujette à des exceptions, et récemment Gaucher et Bory ont eu l'occasion d'en observer un cas. Avant de confier l'enfant à sa mère, on fera à la mère une séro-réaction de Wassermann, si elle est positive, on pourra sans danger lui confier son enfant, si elle est négative on devra encore conseiller l'allaitement par la mère, car le lait de la mère n'est indispensable à aucun enfant plus qu'à l'hérédo-syphilitique, mais alors il faudra utiliser la tétérèlle à réservoir dont nous avons déjà parlé.

L'enfant naît-il bien portant, nourri par sa mère il aura toutes chances d'éviter la syphilis ; n'oublions pas en effet que la nourrice reconnue saine après plusieurs exa-

mens médicaux peut devenir syphilitique au cours de l'allaitement et infecter ainsi le nourrisson qui lui est confié.

Dans les villes, l'allaitement maternel peut présenter quelques difficultés. Bon nombre de femmes, les ouvrières d'usines, d'ateliers, sont dans la nécessité de travailler hors de leur domicile, l'allaitement par la mère, dans ces conditions, devient difficile, aussi beaucoup confient-elles leurs enfants « à des garderies ». Là l'enfant n'est l'objet d'aucune visite médicale, il est confié aux soins d'une vieille femme ignorante, l'hygiène y est absolument méconnue, un même biberon sert souvent à plusieurs. Fort heureusement, le nombre de ces garderies ira sans cesse en diminuant, on crée partout des crèches où l'hygiène la plus rigoureuse est observée, où la mère peut venir à heures régulières donner le sein à son enfant qu'elle reprend à la fin de la journée. Dans beaucoup d'usines on a installé des pouponnières afin de faciliter l'allaitement maternel.

A l'époque du sevrage, l'enfant est encore menacé. Souvent, en effet, pour faire perdre à l'enfant l'habitude du sein, on le confie à une nourrice sèche : que celle-ci soit en période d'accidents spécifiques, et voilà l'enfant contaminé. Dans les classes pauvres, l'enfant peut être placé dans une maison de sevrage. Là, l'hygiène n'est pas toujours très bien réglée. Un enfant syphilitique au milieu des autres peut être le point de départ d'une véritable épidémie. Vidal a rapporté une véritable épidémie dans une maison de sevrage :

« Cette maison de sevrage n'était qu'un affreux bouge, où tous les enfants buvaient dans le même verre qu'on ne lavait jamais. Tout marcha bien pendant longtemps, mais un jour vint un petit syphilitique et tous les autres tombèrent malades.

Le baiser

A côté de l'allaitement, le baiser, dans la transmission de la syphilis à l'enfant, tient une place de tout premier plan.

L'enfant est embrasseur de nature, et il est également embrassé par n'importe qui : « Le petit enfant, a dit Michelet, est fait pour le baiser, il l'attire, il le provoque. »

Or, le péril du baiser en état de syphilis est immense, la bouche est un foyer de vérole, un nid de germes contagieux. La syphilis n'a pas besoin, pour transmettre son dangereux contagé, du baiser passionnel, prolongé, tout mode de contact labial lui suffit. Quantité de gens ne se rendent pas compte du péril du baiser en état de syphilis. « N'embrasser personne ! disent-ils, mais c'est impossible ; tout le monde le remarquerait, tout le monde dirait : il est donc malade ? Autant dire que j'ai la vérole ! »

Sans doute l'épreuve est pénible ; il est pénible pour un père, pour une mère, de refuser à l'enfant le baiser qu'il vient solliciter ; bien grande est la punition si la syphilis de ce père ou de cette mère est le résultat d'une faute ; elle est vraiment trop cruelle s'il s'agit d'un de

ces cas nombreux de ce qu'on a appelé la syphilis imméritée. N'embrasser personne constitue pour le syphilitique une obligation morale, et pour ne l'avoir pas observé, ce frère, cette mère de famille, ce père aura sous les yeux un exemple analogue à celui que nous citait notre maître, M. le professeur Gaucher.

OBSERVATION IV

« M. le professeur Gaucher eut un jour l'occasion de soigner un père de famille atteint de syphilis, en pleine période d'accidents secondaires. Prenez monsieur, lui dit le professeur Gaucher, les plus grandes précautions vis-à-vis de votre entourage. Veillez à ce que l'on ne se serve en aucune façon de vos objets de toilette, ayez votre couvert et surtout n'embrassez personne ? Mais docteur, cependant, mon enfant ? Comment pourrais-je ne pas l'embrasser ? Il vaudrait mieux vous y soustraire, contentez-vous d'un simulacre, ne l'embrassez par exemple que très légèrement sur les cheveux. Malgré toutes ces recommandations, un mois après ce père amenait au professeur Gaucher son fils atteint de chancre du cuir chevelu ! »

Bien peu de syphilitiques prennent toutes les précautions de ce père, soit qu'ils ignorent la maladie dont ils sont atteints, soit qu'ils méconnaissent les dangers qu'ils font courir à ceux qui vivent avec eux ou autour d'eux, soit encore qu'ils préfèrent contagionner leur entourage que de laisser un instant supposer qu'ils pourraient être malades.

Le chancre syphilitique résultant du baiser peut in-

téresser tous les départements de la face ; il peut siéger sur le front, les joues, le menton, les lèvres, voire même les yeux.

Dans deux observations empruntées à Feulard et communiquées à la Société française de dermatologie en 1894, la chance siégeait au niveau des joues.

OBSERVATION V

« *Dans la première*, il s'agissait d'un bébé de deux ans Marius M..., amené le 19 octobre 1894 à la polyclinique du professeur Grancher. Cet enfant portait sur le corps de nombreuses syphilides à grands éléments, affectant la forme de cocardes, il avait en même temps des syphilides muqueuses végétantes et ulcérées de l'an us et des régions fessières et périnéales, des syphilides labiales, palatines et amygdaliennes, de grosses adénopathies dans les aines, les ganglions rétro-sterno mastoïdiens gonflés, les ganglions épitrochléens eux-mêmes étaient pris, de plus alopécie en clairière.

« En présence d'une explosion aussi intense d'accidents, je conclus immédiatement à une syphilis acquise et je me mis à la recherche de la porte d'entrée. Je la trouvais après quelques instants sous forme d'une cicatrice gaufrée, large comme une pièce de 20 centimes, située au beau milieu de la joue gauche. Dans la région correspondante se trouvait encore l'adénopathie caractéristique. Les renseignements obtenus, non sans peine, des parents, confirmèrent cette découverte et m'apprirent que l'enfant avait eu, il y a quatre mois, un bouton à la joue, à l'endroit désigné, qui avait mis plus de trois semaines à guérir.

« Or, le père et la mère étaient indemnes, la coupable était une voisine à qui l'enfant était confié en garde pendant la journée. »

OBSERVATION VI

« La deuxième observation concerne un enfant de quatre ans et demi, Albert L...

« Plaques muqueuses de lèvres, des amygdales, de la langue, des plaques hypertrophiques périnéales. Il y a huit mois, l'enfant était, paraît-il, couvert de boutons, il y a trois mois il a été pris d'alopecie prise pour une pelade. Sur la joue gauche à un centimètre en dehors de la paupière inférieure, cicatrice pigmentée, grande comme une pièce de 20 centimes, reliquat d'un bouton antérieur à tous les accidents. Le père et la mère sont sains ; l'origine paraît devoir être rapportée à un oncle maternel de l'enfant actuellement atteint au vu et au su des parents d'accidents syphilitiques.

Et certes, l'on pourrait multiplier les observations de ce genre. Un enfant cité par le professeur Fournier eut un chancre du menton, du fait d'un baiser de sa mère ; un autre fut atteint d'un chancre du grand angle de l'œil pour avoir été embrassé sur l'œil par sa jeune tante.

OBSERVATION VII. — (Fiche 1619)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Gaucher.)

« L... Fernand, âgé de deux ans, est amené à la polyclinique le 8 septembre 1903, pour une ulcération intéressant le rebord ci-

liaire de la paupière supérieure droite. Il y a trois semaines, disent les parents, est apparu à cet endroit un petit bouton que l'enfant à plusieurs reprises aurait écorché ; ils pensèrent d'abord à un simple bobo, mais devant sa persistance, ils se décidèrent à conduire l'enfant à un dispensaire, où des lavages à l'eau boriquée furent prescrits. Ce traitement n'ayant amené aucune amélioration, ils conduisirent leur enfant à l'hôpital, 8 septembre 1908.

« A cette date, on constate à la partie la plus interne du sourcil droit une lésion ulcéro-croûteuse ayant la grandeur d'une pièce de 50 centimes, nettement indurée à la base. Le ganglion préauriculaire de ce côté est pris, il est dur, mobile, indolent. Pas encore de roséole ni plaques muqueuses, en revanche micropolyadénopathie bi-inguinale, bi-axillaire, bi-cervicale, sous-occipitale.

« Dans la circonstance, il fut facile de trouver l'origine de cette syphilis : la mère syphilitique, depuis un an, avoua qu'elle n'avait jamais cessé d'embrasser son enfant. »

La solution du problème n'est pas toujours aussi aisée ; rares en effet sont les cas de chancre de la face, chez l'enfant résultant du baiser de parents syphilitiques, le plus souvent il s'agit d'une contagion transmise à l'enfant, par des gens étrangers à la famille : des amis, des voisins, dès lors on comprend combien il est difficile pour le médecin d'être affirmatif sur la question de baiser ; il n'en reste pas moins que la plupart des chancres syphilitiques de la face relèvent de cette origine.

C'est très vraisemblablement du baiser que devaient relever les chancres syphilitiques de ces deux enfants,

dont Tonchaleaume, dans sa thèse, rapporte l'observation.

OBSERVATION VIII

La première concerne un enfant de vingt-deux mois.

Elle fut publiée par M. Sturgis dans *The american journal of medical sciences*.

« H. B... fut amené vers la fin du mois de mai 1871 chez mon ami, le Dr Loring, pour une affection siégeant sur la conjonctive de la paupière inférieure droite et à l'angle interne de l'œil.

« La paupière était tuméfiée et enflammée, l'angle présentait une fissure. En renversant la paupière inférieure, on voyait une petite tumeur d'un brun rouge qui se transforma rapidement en une ulcération granuleuse d'une coloration rougeâtre. A l'origine point d'induration; donc aucune raison de soupçonner la syphilis: les ganglions ne furent même pas examinés.

« La mère faisait remonter l'origine de la tuméfaction de la paupière à deux semaines avant l'époque où le Dr Loring avait vu l'enfant. L'ulcération fut à plusieurs reprises touchée au nitrate d'argent, mais sans résultat.

« Vers la fin de juin, l'enfant fut pris d'un accès de fièvre, durant lequel apparut une éruption sur le thorax et l'abdomen. La paupière était rouge, œdématiée, indurée.

« En retournant la paupière, on voyait une ulcération rouge que recouvraient par endroits des dépôts opalins. Ces taches marquaient la phase de transition entre l'accident primitif et une plaque muqueuse.

« Sur le corps et les jambes, roséole. Dans la bouche, plaques muqueuses.

« Convaincu de la nature du mal, j'en recherchais la cause chez la mère : elle était indemne de syphilis.

« La mère me dit qu'une de ses sœurs qui aimait beaucoup l'enfant l'embrassait souvent : de ce côté l'examen fut encore négatif. Le père de l'enfant fut également reconnu sain. »

Les parents n'étaient donc pour rien dans la transmission de cette syphilis ; dès lors comment aurait-elle pu se produire si ce n'est par le baiser d'un ami, d'un voisin ?

« Quoi qu'il en soit, malgré des conseils formels, cet enfant fut laissé en relation avec sa sœur âgée de six ans ; le 13 janvier 1872 celle-ci était à son tour syphilitique, chancre de la joue gauche, à la suite d'un baiser de son frère.

OBSERVATION IX

L'autre observation, publiée dans les *Annales de syphiligraphie* en 1887, est celle d'un petit garçon de deux ans atteint de chancre syphilitique de l'angle interne de l'œil gauche.

Le père, la mère, la sœur de l'enfant, examinés, furent reconnus indemnes de syphilis ; mais la cause de chancre syphilitique ne pouvait-elle pas être le baiser d'une personne étrangère à la famille ?

L'interdiction du baiser, aux syphilitiques, doit durer très longtemps. Il ne suffit pas de s'abstenir du baiser

pendant les mois qui suivent l'accident initial de la syphilis ; le plus petit accident du côté de la bouche doit forcer le syphilitique à s'abstenir du baiser, quelle que soit la date d'apparition de la syphilis.

OBSERVATION X

Le professeur Fournier rapporte l'observation d'une femme qui, devenue syphilitique, observa à la lettre pendant six mois les conseils qui lui furent donnés au début de sa maladie : pas une seule fois dans toute cette période elle n'embrassa son enfant ; mais un jour se croyant guérie elle l'embrassa à nouveau et l'inocula par un chancre de la joue.

Cette femme, ajoute le professeur Fournier « avait des syphilitides labiales qu'elle avait prises pour des gerçures ».

Ustensiles de cuisine et jouets

Les ustensiles de cuisine, chez les écoliers les porte-plumes, et chez tous les enfants les jouets, peuvent être des agents de contagion.

Le 22 janvier 1879, Galippe faisait à la Société de médecine et d'hygiène professionnelle une communication sur la transmission possible de la syphilis par certains jouets d'enfants :

« Il y a deux ans, frappé par l'aspect original d'un sifflet qu'un homme vendait dans la rue, je fus tenté d'en acheter.

Mon attention fut excitée par des érosions que le marchand portait à la commissure labiale. Etonné de la persistance de mon examen, le marchand vint à moi et me dit :

— Monsieur ne me reconnaît sans doute pas ; je l'ai vu à l'hôpital du Midi où je vais me faire cautériser de temps en temps à la consultation.

« Cet homme avait des plaques muqueuses ! »

Le danger peut venir non seulement du marchand, mais du public lui-même. Il est des gens qui essayent huit ou dix trompettes avant d'en acheter une. Ainsi, avant d'avoir trouvé un acquéreur, il y a des jouets qui ont peut-être passé par cinquante bouches.

Ces jouets peuvent être souillés dans l'entourage même de l'enfant. Le D^r Hanot, cité par Fournier, publie l'observation suivante :

« Un tout petit enfant reçoit une trompette comme cadeau du jour de l'an. Sa mère et un jeune oncle lui apprennent à se servir de l'instrument et la trompette passe ainsi de bouche en bouche. Malheureusement le jeune homme avait à ce moment des plaques muqueuses dans la bouche.

« Résultat : mère et enfant contagionnés à la bouche.

« L'enfant après avoir présenté divers accidents de syphilis secondaire semble se rétablir mais il fait quelques années plus tard une véritable paralysie générale à laquelle il succombe. »

Quelque fréquent que soient ces faits, il semble que, dans l'étiologie du chancre syphilitique des lèvres chez l'enfant, les ustensiles de table : cuiller, fourchette, verre, tiennent une place prépondérante. Dans les mé-

nages pauvres, le nombre des ustensiles d'alimentation est en effet limité, il n'est pas exceptionnel de voir l'enfant boire dans le verre de son père, de sa mère et fréquemment on peut voir la mère alimenter son enfant avec la cuiller, la fourchette dont elle vient de se servir quelques instants auparavant. Ce que le besoin fait faire aux uns, l'ignorance le fait faire aux autres : le nombre des syphilis ignorées est en effet très grand, dès lors aucune précaution n'est prise, le père prend plaisir à faire boire l'enfant dans son propre verre sans songer un instant aux graves conséquences qui en découleront.

Nous avons pu recueillir, dans le service de M. le professeur Gaucher, plusieurs observations de chancres syphilitiques des lèvres relevant de cette étiologie.

OBSERVATION XI (Fiche 4220). — 28 novembre 1904

Marguerite B..., six ans et demi, présente une ulcération ovale, à bords réguliers, croûteuse, indurée, occupant la moitié droite de la lèvre inférieure.

« Dans la région sous-maxillaire correspondante, on note un gros ganglion dur, mobile, indolore.

« Cette enfant est revenue de la campagne le 9 octobre 1904 et c'est six jours après son arrivée, le 15 octobre, qu'est apparue, sous forme, au début « d'un petit bouton », la lésion pour laquelle on l'amène dans le service de M. le professeur Gaucher.

« Les caractères de la lésion, et dans les jours qui suivirent, son évolution, démontrèrent qu'il s'agissait bien d'un chancre syphilitique. »

OBSERVATION XII (Fiche 3.732). — 6 septembre 1904

« Jacqueline M..., âgée de trois ans, présente un chancre syphilitique siégeant à la face interne de la lèvre supérieure.

« La lèvre est tuméfiée, dure ; en la relevant on aperçoit l'ulcération spécifique avec tous ses caractères. Dans la région sous-maxillaire, adénopathie typique.

« Les parents ne peuvent préciser la date d'apparition du chancre, ils ont en revanche noté le début de la roséole maculeuse généralisée que l'on constate à la date de ce jour chez l'enfant. Le début de la roséole, d'après les parents, remonte à onze jours. on note de nombreuses plaques muqueuses vulvaires. »

OBSERVATION XIII (Fiche 1605). — 17 septembre 1903

« Jeanne G..., dix ans et demi.

« En 1902, la petite malade avait eu au niveau de la commissure labiale gauche un bouton qui s'accompagna d'un gros œdème de la région.

« Ce ne fut pour la famille qu'un simple bobo, et il fallut l'apparition d'accidents secondaires pour que l'on conduisit l'enfant à l'hôpital des Enfants-Assistés où on la mit au traitement spécifique.

« 17 septembre 1903. — L'enfant vient à la polyclinique du professeur Gaucher.

« A cette date, on constate : des plaques muqueuses opalines typiques de la bouche, siégeant sur les commissures, la lèvre inférieure, les amygdales, une légère syphilitique pigmentaire du cou, plus marquée à droite, des adénites multiples. Dans les

régions sous-maxillaires, ganglions beaucoup plus volumineux, à gauche il semble bien qu'il y ait eu un ganglion principal entouré de ganglions plus petits.

« Ainsi donc, syphilis acquise remontant à l'apparition du bobo noté par les parents. »

OBSERVATION XIV (Fiche 1444). — 10 août 1903

« Alice C..., onze ans.

« Depuis un mois chancre induré de la lèvre inférieure siégeant sur la ligne médiane. Il s'agit d'un chancre fissuraire : l'ulcération est peu profonde, indolore, à base nettement indurée. Les ganglions sous-maxillaires du côté gauche sont très hypertrophiés.

« A cette date, pas de roséole, pas de plaques muqueuses, rien du côté des organes génitaux.

12 août 1903. — Syphilides papulo-squameuses sur les genoux et les avant-bras, plaques muqueuses de la gorge.

16 août. — Papules de roséole sur les flancs, en avant et en arrière des aisselles, et sur les cuisses.

Les ustensiles d'alimentation, les jouets, ne constituent pas les seuls agents capables de transporter le tréponème sur les lèvres de l'enfant, l'infection peut encore arriver à la bouche par l'intermédiaire des doigts. Témoin l'observation de Sigmond relative à une sage-femme qui, affectée d'un chancre digital, communiqua un chancre labial à son propre enfant, en lui introduisant le doigt dans la bouche pour lui nettoyer les dents.

Plus curieuse encore est l'observation suivante empruntée au professeur Fournier :

« J'ai observé en ville, écrit le professeur Fournier, le cas singulier d'un chancre de la langue développé sur un petit enfant de dix-huit-mois. Or, le pourquoi et le comment de cet accident me furent nettement révélés par l'enquête que j'instituais à ce sujet. D'une part, en effet, l'enfant était confié aux soins d'une jeune bonne qui, au moment même de mon examen, présentait des plaques muqueuses confluantes et déjà anciennes de la bouche, et d'autre part, l'enfant avait l'habitude, disait-on, « de fourrer ses doigts dans la bouche de toutes les personnes qui s'approchaient, puis de les sucer ensuite. »

« Ce dont j'eus la preuve d'ailleurs séance tenante, car pendant que je l'examinais, il essaya à plusieurs reprises de m'introduire son petit doigt dans la bouche. Nul doute qu'il n'eût contracté de la sorte son chancre lingual au contact des plaques muqueuses que sa bonne portait à la bouche. »

Bien qu'exceptionnelle chez l'enfant, il nous faut dire un mot de la contagion par l'attirail du fumeur. Ce mode de contagion, surtout fréquent chez l'adulte, peut également se voir chez l'enfant. Duncan Bulkley (*Syphilis Insortium*) en a rapporté un exemple :

« Un tout jeune collégien, vierge encore de tout contact sexuel entre dans une brasserie du quartier latin. Là il rencontre une aimable jeune personne qui s'offre à perfectionner son éducation et veut à toutes forces le faire fumer. Il refuse ; mais ladite demoiselle façonne une cigarette, l'allume, la fume quelques instants et la passe au jeune homme. Et maintenant vous n'oserez plus la refuser ? Il n'osa pas.

« Quatre semaines après il avait un chancre syphilitique de la lèvre inférieure. »

Dans tous ces cas, la syphilis infantile est accidentelle ; elle peut être professionnelle, en particulier chez les souffleurs de verre, mais c'est là l'exception, car on emploie rarement les enfants.

Voilà donc, grâce au baiser, aux ustensiles d'alimentation, aux jouets, etc., le tréponème sur les lèvres de l'enfant ; il pourra être transporté dans les divers segments de la cavité buccale et donner lieu au chancre de la face interne des lèvres, des joues, de la langue, et même de l'amygdale « qui, de par sa structure, constitue un nid tout préparé pour la germination microbienne ».

Beeck considère le chancre de l'amygdale comme le plus fréquent des chancres extra-génitaux. Il en explique la fréquence dans son pays, la Norvège, « par le grand nombre de familles pauvres qui se servent des mêmes ustensiles d'alimentation, voire qui ne disposent que d'une cuiller pour toute une maisonnée ».

D'autre part, « le baiser, dit Deray, suppose réalisé, maintenu et répété, un mouvement par lequel l'air et les liquides contenus dans la cavité buccale sont portés et attirés avec force vers l'isthme du gosier. »

Nous n'avons à rapporter ici aucun exemple de chancre de l'amygdale, ce qui, à première vue, semble faire croire à l'extrême rareté de cette localisation chez l'enfant. Nous ne saurions d'ailleurs conclure à ce sujet ; néanmoins nous ferons remarquer que le chancre syphilitique de l'amygdale chez l'adulte est loin d'être tou-

jours d'origine vénérienne, souvent il constitue une localisation accidentelle du tréponème ; à ce titre il peut s'observer aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Nous verrons dans la deuxième partie de cette étude pourquoi il passe si souvent inaperçu.

Objets de toilette

En signalant les méfaits causés par l'allaitement, le baiser, les ustensiles d'alimentation, les jouets, etc., nous n'avons pas épuisé les différentes origines du chancre syphilitique facial chez l'enfant. Souvent il faut incriminer les objets de toilette. La brosse à dents du syphilitique réalise pour son entourage les plus grands dangers ; elle doit être mise à l'abri de toute atteinte, une méprise aurait, en la circonstance, les plus graves conséquences. Le syphilitique doit avoir son nécessaire de toilette à lui comme il doit avoir son couvert à lui,

Pellizari, cité par Fournier, rapporte le cas d'un enfant qui fut contagionné par un peigne ayant servi à un enfant atteint de syphilides pustuleuses du cuir chevelu.

« Une femme, écrit le D^r Monnet, contamine ses trois enfants au moyen d'une loque immonde qui servait de débarbouilloyer à toute la famille, et que faute d'eau elle mouillait de sa salive pour nettoyer la figure des enfants. »

Cet exemple est loin d'être isolé, des faits de ce genre sont fréquents à la campagne : on substitue volontiers à l'eau la salive pour la toilette du visage de l'enfant ;

c'est encore à la salive que l'on fait appel pour déterger les croûtes si l'enfant est atteint d'impétigo. Un cas de chancre syphilitique du sillon naso-génien rapporté par le professeur Fournier n'avait pas d'autre origine. Dans une observation de Minassian (*Revista beneta descience mediche*, 15 novembre 1906), il s'agissait d'un chancre syphilitique de la pointe du nez chez un enfant de deux ans atteint d'impétigo. « La mère, atteinte de plaques muqueuses buccales avait enduit de sa salive pour les déterger, des lésions impétigineuses que portait l'enfant. »

Toutes les lésions d'ailleurs du visage chez l'enfant : eczéma, impétigo, constituent de merveilleuses portes d'entrée pour le tréponème et la mère syphilitique doit prendre vis-à-vis de cet enfant les plus grandes précautions. Avant de procéder à la toilette du visage elle devra commencer par un nettoyage sérieux de ses mains, ne se servir que de linges extrêmement propres.

Récemment, le 14 novembre 1909, dans le service de M. le professeur Gaucher, nous avons eu l'occasion d'observer un chancre de la paupière inférieure, chez un enfant de vingt mois, dont l'origine doit relever de cet ordre de faits.

OBSERVATION XV (Fiche 15.660)

« André G., âgé de deux ans, est atteint de chancre syphilitique de la paupière inférieure : exulcération ovale couleur chair musculaire, à base nettement indurée.

« Dans l'angle maxillaire gauche, adénopathie dure, indoloré,

présentant tous les caractères de l'adénopathie syphilitique.

« Le père de cet enfant est syphilitique depuis un an, il nous dit s'être conformé à la lettre à toutes les recommandations qui lui furent faites au début de sa maladie : il n'a jamais embrassé son enfant. Mais il raconte qu'il y a deux mois l'enfant eut, à l'endroit même où siège aujourd'hui le chancre, un orgelet, lequel avait guéri sans laisser de traces et ce n'est que quelque temps après qu'est apparue l'ulcération pour laquelle il amène son enfant. »

Aussi la contagion a dû se faire par de la ouate ayant servi à nettoyer l'œil de l'enfant et souillée préalablement par les doigts du père chargés de virus.

CHANCRE DU TRONC ET DES MEMBRES

La face, bien que constituant le siège de prédilection du chancre syphilitique chez l'enfant, ne constitue cependant pas une localisation exclusive de l'accident initial de la syphilis. Il n'est aucun point de la surface cutanée du corps qui ne puisse être *a priori* le siège d'un chancre syphilitique; nous verrons dans un instant qu'il peut aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte siéger sur les organes génitaux, mais auparavant il nous faut étudier les cas de chancre syphilitique observés sur le tronc, le cou, les membres. Ces localisations, dont la cause le plus souvent échappe, constituent des problèmes d'une réelle difficulté lorsqu'il s'agit d'expliquer leur origine, elles relèvent de modes de contagion les plus bizarres, et si l'interrogatoire des parents et des personnes ayant abordé l'enfant vient en donner la clé dans certains cas, d'autres fois le mode de contagion échappe totalement.

Le chancre syphilitique peut siéger sur le cou, le plus souvent c'est alors du baiser qu'il relève; mais à côté de cette région à découvert, il peut aussi intéresser des régions protégées par les vêtements.

OBSERVATION XVI

« Un enfant confié aux soins d'une bonne, écrit le professeur Fournier, jouait dans le jardin des Tuileries. En jouant il tomba et se fit une petite plaie au niveau du genou. Une dame, témoin de l'accident, tira de son sac à main du taffetas d'Angleterre, et après l'avoir imbibé de sa salive l'appliqua sur la plaie de l'enfant. Quatre semaines après, au même endroit, chancre syphilitique. »

Dans la circonstance, la plaie du genou favorisa l'entrée du tréponème, mais la solution de continuité des téguments ne constitue pas une condition indispensable, *sine qua non*, pour l'apparition du chancre syphilitique : sur quelque endroit du corps de l'enfant où il est transporté, le tréponème peut donner lieu à un chancre.

OBSERVATION XVII

« On amena un jour, à M. le professeur Gaucher, une toute jeune fille qui présentait sur le mamelon de l'un des seins une ulcération. La famille craignant le début d'un eczéma, pour arrêter la lésion dans son extension, conduisit l'enfant au professeur Gaucher.

« La jeune fille déshabillée, M. le professeur Gaucher fut aussitôt frappé de l'aspect de l'ulcération ; de suite il eut l'idée d'un chancre syphilitique ; l'examen de l'enfant devait confirmer ce

diagnostic : l'ulcération reposait sur une base nettement indurée, et dans la région axillaire correspondante on notait une adénopathie sur la nature de laquelle aucun doute n'était possible.

« Voulant savoir l'origine de cette syphilis, M. le professeur Gaucher prit l'enfant en particulier, l'interrogea avec toutes les précautions nécessaires : C'est mon frère ! telle fut la réponse à l'interrogatoire. »

Aussi, M. le professeur Fournier n'exagérait pas lorsqu'il disait que la bouche « était un foyer de vérole » !

De tels exemples sont cependant exceptionnels, et c'est d'une étiologie différente que relèvent les chancres syphilitiques du tronc, des membres chez l'enfant, et c'est généralement le linge de corps des parents qui sert de véhicule au tréponème. Le 10 décembre 1909, nous avons eu l'occasion d'observer un exemple frappant de ce mode de contamination.

OBSERVATION XVIII (Fiche 15.890)

« Il s'agit d'un enfant de neuf mois, Eugène S..., amené par sa mère à la polyclinique du professeur Gaucher. L'enfant présente dans la région inguinale gauche, à la partie supérieure de la cuisse, une érosion de la largeur d'une lentille recouverte d'une pellicule blanchâtre, l'induration de base est notable ; l'adénopathie est du type spécifique le plus pur : plusieurs gan-

gliions de moyen volume, durs, mobiles, dont un sensiblement plus gros.

« Ce chancre est apparu le 5 décembre 1909. On ne constate aucune éruption sur la peau, aucun accident secondaire du côté de la bouche, de l'anus.

« Le père de l'enfant est syphilitique depuis huit mois, la mère a également contracté la syphilis de son mari. Tous deux sont soignés dans le service ; à tous deux des recommandations ont été faites : n'embrassez jamais votre enfant, veillez à ce qu'aucun des objets à votre usage ne soit à sa portée, lavez-vous soigneusement les mains avant de procéder à sa toilette.

Or, la mère nous affirme avoir exécuté à la lettre toutes ces prescriptions ; aussi bien le siège du chancre nous parut inexplicable. Désirant à toutes forces avoir le mot de l'énigme, nous poussâmes encore plus avant l'interrogatoire de la mère qui finit par nous apprendre que toutes les semaines, pour faire la toilette de son enfant, elle avait l'habitude de l'étendre sur la chemise sale de son mari : l'enfant était successivement couché sur le dos, les côtés, le ventre. »

La chemise avait ainsi servi d'intermédiaire entre la syphilis du père et celle du bébé.

Barbantini, cité par le professeur Fournier, signale le cas d'une petite fille qui fut injectée par la chemise de sa mère.

Le lit commun réalise également de grands dangers. Des contaminations de ce genre ont été citées par Trousseau, Ricord, Lancereaux, parfois elles ont donné lieu à des actions médico-légales. Ce fut le cas de cette petite fille de quatre ans dont parle Gailleton, qui prit la syphilis

en couchant dans le lit de son père affecté de syphilis. On crut d'abord à un attentat criminel, mais l'expertise vint décharger le père de l'accusation qui pesait sur lui.

CHANCRE GÉNITAL

Au début de cette étude, nous indiquions la grande fréquence du siège extra-génital du chancre syphilitique chez l'enfant ; mais il peut également siéger sur les organes génitaux. Souvent, il est alors la conséquence d'un attentat criminel, mais souvent aussi, il constitue une localisation purement accidentelle du tréponème.

Nous avons déjà signalé les méfaits causés par les objets de toilette, les éponges ; dans plusieurs cas, le chancre syphilitique de la face relevait de cette origine ; nous allons voir que les linges de toilette et surtout les éponges ont fréquemment servi d'intermédiaire entre la syphilis des parents et le chancre syphilitique génital de l'enfant.

OBSERVATION XIX

« Le 2 juillet 1889, écrit Georges Robin dans sa thèse inaugurale, M. le professeur Fournier montrait à sa clinique une petite fille de dix-sept mois présentant à la marge de l'anus une légère érosion un peu saillante, très dure au toucher lorsqu'on saisit la base, et qu'on reconnaît aisément pour un chancre induré. Il y a un très gros ganglion dans l'aîne du côté du chancre.

« Voici quelle était l'origine du chancre.

« Une nièce de la mère, cousine de l'enfant, âgée de quatorze à quinze ans, s'échappe de la maison où elle était placée comme domestique, reste quelque temps absente, puis rentre chez sa tante. Elle avait attrapé la vérole !

« Cette fille ayant des lésions vulvaires, ne crut mieux faire que de les laver à l'aide de l'éponge qui servait à la toilette de l'enfant. »

Encore plus curieuse l'observation suivante due à Bertin.

OBSERVATION XX

« Il s'agissait d'une petite fille de dix mois présentant un chancre syphilitique à la vulve. Voulant à tout prix connaître l'origine de ce chancre, il se rend chez les parents, les examine ; l'examen reste négatif, les parents reconnus sains et indemnes de syphilis ; mais il apprend que l'enfant était souvent confié aux soins d'une tante. Celle-ci présentait de nombreuses plaques muqueuses de la bouche ; mais tout cela n'expliquait pas la localisation bizarre, pour cette petite fille de dix mois, du chancre. Interrogée par Bertin, la tante avoua que, pour procéder à la toilette des organes génitaux de sa petite nièce, ne voulant pas les laver à l'eau froide, elle tiédissait l'eau dans sa bouche, et lorsqu'elle la jugeait assez chaude elle procédait à la toilette. »

Dans le service de notre maître, M. le professeur Gaucher, nous avons pu recueillir plusieurs observations de chancre syphilitique génital chez des petites filles.

Dans ces quelques cas l'idée de viol doit être écartée, et c'est encore l'éponge, les linges de toilette des parents qu'il faut incriminer.

OBSERVATION XXI (Fiche 11.299)

« Eugénie C .., âgée de huit ans, vient à l'hôpital le 15 mars 1908. Service de la polyclinique.

« Elle présente un chancre du capuchon clitoridien, accompagné d'une adénopathie inguinale double supprimée.

« Poussée d'herpès au niveau des commissures labiales.

« 20 mars. — Apparaît la roséole, roséole discrète, quelques éléments rappellent la varicelle.

« L'état général laisse quelque peu à désirer, la langue est sale, l'haleine mauvaise, l'appétit est nul.

« 4 avril. — Sur l'herpès labial s'est greffée une syphilide papulo-croûteuse de la dimension d'une pièce de 50 centimes, occupant la partie gauche de la lèvre supérieure.

« 6 avril. — Gros œdème du capuchon clitoridien. Syphilides varioliformes du membre inférieur du tronc, de la marge de l'anus. Syphilides papuleuses de la lèvre supérieure.

« L'enfant est traitée dans le service jusqu'au 10 mai 1908.

« 10 juin. — Deuxième séjour.

« Les syphilides du tronc et des membres sont cicatrisées ; celle de la lèvre supérieure au contraire, celle que nous avons déjà signalée dans la partie gauche de la lèvre supérieure a augmenté et empiète maintenant sur l'aile du nez.

« Le traitement est repris le 18 juillet 1908, l'enfant quitte le service ne présentant plus aucun accident.

« Le père et la mère de l'enfant sont syphilitiques, la conta-

gion de l'enfant s'est faite par l'intermédiaire de linges de toilette servant à la mère. »

OBSERVATION XXII (Fiche 1519)

« Gabrielle, six ans, vient dans le service le 21 avril 1903 ;

« Depuis un mois, chancre syphilitique de la partie inférieure de la grande lèvre gauche s'accompagnant d'un œdème marqué de toute la grande lèvre.

« Pas de roséole, pas de plaques muqueuses.

« L'enfant fut mise au traitement et sortit de l'hôpital le 7 novembre 1903. Dix jours après, on la ramenait dans le service pour un syphilome diffus du capuchon clitoridien. »

A côté de ces localisations accidentelles du chancre sur les parties génitales, il nous faut placer les cas de syphilis d'origine criminelle.

Ces attentats criminels sur les petites filles sont souvent le résultat d'une aberration monstrueuse signalée par Parent-Duchâtelet et qui consiste dans ce préjugé « qu'un sûr moyen de se débarrasser de la vérole est de la transmettre à un sujet vierge ».

Le cas est exposé dans les *Mancurilles* d'André Couvreur.

Une brute avait violé une enfant de quinze ans et lui avait donné la syphilis : « C'était un préjugé, en effet, et il l'exposait avec foi, en racontant que la maladie abandonne celui qui en est atteint, lorsqu'il la transmet à une

vierge. On lui avait donné le mal et il le rendait, n'était-ce pas justice ? »

Que ce soit là le mobile du viol ou qu'il soit la conséquence d'une perversion génitale, le fait importe peu d'ailleurs.

OBSERVATION XXIII (Fiche 7273)

« Maria D..., âgée de onze ans et demi, est conduite à l'hôpital le 28 avril 1906 à l'effet « d'être traitée pour la syphilis ».

Les parents de l'enfant sont bien portants, indemnes de syphilis, son frère plus jeune qu'elle de quelques années est parfaitement sain.

« Cette fillette avait contracté la syphilis dans les conditions suivantes :

« Il y a deux ans ses parents l'avaient envoyée faire un séjour à la campagne. Durant ce séjour, elle fut en contact avec un syphilitique, jeune homme de dix-huit ans, qui fit journellement sur elle des tentatives d'intromission pénienne.

« A son retour, les parents constatèrent un écoulement vaginal jaune verdâtre tachant la chemise et la conduisirent à Saint-Louis, service de M. le Dr de Beurmann, qui fit le diagnostic de syphilis ; chancre de l'une des grandes lèvres accompagné de roséole.

« L'enfant fut mise au traitement.

« Cette syphilis fut une syphilis grave ; céphalée très vive, plaques muqueuses du côté de la bouche, de la vulve, de l'anus, chute abondante de cheveux, iritis et actuellement la fillette est soignée dans le service du professeur Gaucher, 15 octobre 1909, pour ozène nettement syphilitique.

OBSERVATION XXIV (Fiche 1471)

« B... Georgette, sept ans et demi.

« Le père amène l'enfant à l'hôpital le 12 août 1903, parce qu'il s'est aperçu qu'elle avait des érosions sur la vulve.

« A l'examen, on constate encore à la partie supérieure de la grande lèvre gauche l'existence d'un chancre induré. La vulve et la région anale sont recouvertes de nombreuses plaques muqueuses : l'examen de la bouche permet également d'en découvrir sur la langue et les amygdales. L'adénopathie inguinale présente encore tous les caractères de l'adénopathie syphilitique, la roséole est en voie de disparition.

« Cette syphilis génitale est le résultat d'une tentative de défloration : l'hymen est rouge, excorié. »

OBSERVATION XXV (Fiche 8506)

« Yvonne P..., âgé de huit ans et demi, vient dans le service le 24 novembre 1906.

« Chancre syphilitique de la grande lèvre droite depuis déjà un mois.

« Eruption discrète généralisée de papules varioliformes depuis quelques jours.

« La contagion est due à une tentative de viol. »

OBSERVATION XXVI (Fiche 2133)

« Jeanne B... est amenée à l'hôpital le 10 décembre 1903, parce que depuis trois à quatre semaine elle perd ses cheveux. A cette époque, aux dires des parents, la fillette avait eu une

maladie fébrile sur la nature de laquelle ils ne peuvent donner de renseignements.

« 10 décembre 1903. — On constate une alopécie en clairière généralisée à tout le cuir chevelu, de l'algésie sourcilière externe ; soupçonnant la syphilis on dirige l'examen dans ce sens et l'on découvre de nombreuses plaques muqueuses du côté de la bouche, une micropolyadénopathie bi-cervicale, sous-occipitale, bi-inguinale.

« On était donc en présence d'une explosion d'accidents secondaires.

« Une induration circonscrite de la petite lèvre droite, reliquat du chancre cicatrisé, montre la porte d'entrée du virus.

Dans ce cas encore, il s'agissait d'une tentative de viol ; la fillette pressée de questions ayant avoué.

Des exemples de ce genre pourraient être multipliés, on en trouve de très nombreux dans la littérature médicale ; très rares sont en revanche les cas de chancre syphilitique de la verge chez les garçons. On a cependant cité des exemples de femmes ayant abusé de jeunes garçons ! Nous n'avons à ce sujet aucune observation personnelle, nous nous contenterons de citer l'observation suivante empruntée à Civatte. (*Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, mars 1906.)

OBSERVATION XXVII

« Louis A..., dix ans, entre le 24 novembre, salle Saint-Victor, n° 2.

« Rien dans les antécédents.

« Chancre induré du sillon balano-préputial il y a un mois et

deuxième. Depuis dix jours environ, roséole assez intense et généralisée. Depuis huit jours, un peu de douleurs du côté de la gorge.

« A l'entrée, on note le chancre sus-indiqué avec une pléiade ganglionnaire bilatérale, une roséole surtout marquée au niveau du tronc, des plaques muqueuses sur les amygdales. Anémie, rien dans les urines.

« 24 novembre. — On commence les suppositoires à l'huile grise (2 centigr.).

« 29 novembre. — La roséole a pâli, le chancre est plus souple. Il n'existe plus qu'une petite plaque sur l'amygdale gauche.

« 6 décembre. — Plus de roséole, le chancre est cicatrisé.

« Le malade sort le 21 décembre.

« 8 janvier. — Il revient avec des plaques muqueuses sur la voile, la luette, les amygdales. Dans l'intervalle : sublimé.

« 8 janvier. — On ressent les suppurations à 2 centigrammes.

« 12 janvier. — Les plaques ont diminué d'étendue et de nombre.

« 15 janvier. — Il reste une plaque sur la luette. Cessation des suppositoires.

« 15 février. — Le malade sort guéri.

« Nous ignorons dans la circonstance quel fut le mode de contagion.

Le chancre syphilitique anal est beaucoup plus fréquent. Nous avons eu l'occasion d'en observer un exemple dans la clientèle de notre ami le Dr Tavera.

OBSERVATION XXVIII

« En août 1909, alors que nous remplacions le Dr Tavera, nous fûmes appelé dans une famille pour donner nos soins à un enfant de douze ans qui, au dire de la mère, avait une ulcération à l'anus dont il souffrait beaucoup. « C'est étonnant, ajoutait-elle, que l'on puisse avoir des hémorroïdes aussi jeune ! » Or, d'hémorroïdes il n'en existait pas, il s'agissait d'un chancre syphilitique de la marge de l'anus accompagné d'une pléiade ganglionnaire des plus typiques dans les deux aines généralisée à tout le corps, on notait une superbe roséole. Rien encore du côté des muqueuses, en revanche céphalée assez pénible, sans toutefois caractère nocturne, légère alopecie.

« Or, cette mère, depuis quinze jours, soignait son enfant par des compresses chaudes, des cataplasmes et ce sans prendre pour elle la moindre précaution. Elle eut la chance de ne rien avoir, et le Dr Tavera qui dans la suite donna ses soins à l'enfant nous dit que personne dans l'entourage du malade ne fut contaminé.

OBSERVATION XXVIII *bis* (Fiche 14.526)

« C'est encore à la suite d'un coït anal, que Louis D... contracta la syphilis.

« Ce malade, âgé de quinze ans, vient à la polyclinique le 22 juin 1909 ; il est porteur d'une roséole discrète, surtout accusée sur les parties latérales du thorax ; dans les deux aines on note une adénopathie nettement spécifique : l'accident initial, le chancre, en voie de cicatrisation, siège à la marge de l'anus.

Si en dehors des cas de contagion par l'intermédiaire de linges, d'éponges, la syphilis génitale chez la fillette est souvent le résultat d'attentats criminels, il est aussi des cas, en particulier chez des enfants de treize à quatorze ans, où le chancre est le résultat d'un coït pleinement consenti. Des exemples de ce genre sont relativement fréquents dans les villes, notamment à Paris où la fillette de très bonne heure, dans la classe ouvrière, est abandonnée à elle-même. La fréquentation des ateliers, l'exemple de camarades plus âgées, pousse un certain nombre de ces enfants vers la débauche et très souvent la syphilis en est la conséquence.

Voici d'ailleurs quelques observations recueillies dans le service du professeur Gaucher :

OBSERVATION XXIX (Fiche 6252)

« 26 octobre 1908. — Georgette D..., quatorze ans, chancre de la grande lèvre gauche avec adénopathie inguinale typique du même côté. Début il y a un mois.

« Depuis huit jours environ : plaques muqueuses hypertrophiques et ulcéreuses, vulvaires, péri-anales. Pas de lésions buccales, roséole en voie de disparition.

« La malade est admise au lait, le 20 novembre elle sort de la salle Henri-IV sans accident. »

OBSERVATION XXX (Fiche 8357)

« 24 novembre 1906. — Eugénie L..., treize ans, chancre de la fourchette depuis un mois. Œdème des deux grandes lèvres. Double adénopathie inguinale, surtout à droite.

« 26 novembre. — Roséole.

« 29 mars 1907. — Plaques muqueuses hypertrophiques de la vulve et de l'anus. »

OBSERVATION XXXI (Fiche 2254)

« 2 janvier 1904. — Camille P..., quatorze ans, chancre induré de la face externe de la petite lèvre droite.

« Actuellement roséole, plaques muqueuses de l'amygdale droite, ainsi qu'au voisinage du méat urétral, large plaque érosive de la face externe de la grande lèvre droite.

« Bien qu'agée de quatorze ans, cette fille se livrait déjà à la prostitution et avait à son actif un séjour à Saint-Lazare. »

Le chancre syphilitique chez l'enfant peut être la conséquence de certaines opérations chirurgicales :

Bien qu'elle ne soit pour ainsi dire plus observée, il nous faut dire quelques mots de la syphilis vaccinale. Elle est de plus en plus rare, la vaccination de bras à bras ayant vécu; mais il fut une époque où elle sévissait sous forme de véritables épidémies et sans remonter très loin en arrière, nous pouvons citer l'épidémie de Luparra 1865, l'épidémie du Lot 1866-1867, l'épidémie d'Auray, l'épidémie de Rivalta dans la province d'Alexandrie, en 1841 :

« Quarante-six enfants, écrit le D^r Renon, sont vaccinés avec le vaccin d'un enfant syphilitique et sur ces quarante-six enfants, trente-huit prennent la syphilis

vaccinale. Un de ces trente-huit enfants sert à vacciner dix-sept autres et sept de ces nouveaux vaccinés prennent la syphilis. Par ricochet de contagion, ces enfants infectèrent leurs mères qui les allaitaient ; en résumé, dans un petit village où la syphilis était inconnue, cinquante-deux personnes sont atteintes de syphilis et sept succombent à la maladie. »

Duncan Bulkley n'a pas relevé moins de trente épidémies de syphilis vaccinale de 1814 à 1892.

Plusieurs alternatives peuvent se produire dans la transmission de la syphilis par la vaccine :

Le vaccin avorte, le chancre seul apparaît trois semaines après l'inoculation, le vaccin prend, termine son évolution ; les croûtes sont tombées quand apparaît le chancre ; mais il peut aussi se faire que les croûtes vaccinales soient encore adhérentes quand apparaît le chancre, dès lors celui-ci peut passer inaperçu sous le couvert de la vaccine ; des faits de ce genre ont dû s'observer encore fréquemment, surtout à la campagne, où la vaccination de bras à bras était encore en honneur il y a peu de temps et était faite par des sages-femmes incapables souvent de suivre la marche anormale du vaccin qui d'ailleurs ne leur était pas signalée en raison de l'ignorance des parents. D'autre part, n'a-t-on peut-être pas mis sur le compte d'une vaccine généralisée des accidents qui tout simplement relevaient de la syphilis ?

De nos jours, la syphilis vaccinale est encore possible, quand le vaccinostyle ayant servi à un syphilitique a été insuffisamment nettoyé.

La stérilisation des instruments en chirurgie est en

effet d'importance capitale, le professeur Fournier cite le cas d'un jeune homme « vierge de toute approche sexuelle » qui contracta un chancre syphilitique du pharynx à la suite d'une ablation de végétations adénoïdes.

« M. Le Ray (1) a signalé, à la séance de la Société de prophylaxie, en mars 1904, un chancre de l'oreille d'origine fort curieuse, chancre consécutif au percement du lobule de l'oreille d'une jeune fille désireuse de mettre des boucles d'oreilles. On fit une enquête et l'on s'aperçut que l'horloger du village, l'opérateur habituel du percement auriculaire, était cause de la contagion. Il tenait avec ses lèvres, dans sa bouche, le poinçon avec lequel il opérait sur le lobule. Or, cet homme avait des plaques muqueuses des lèvres et de la langue, et trois semaines après l'opération la jeune fille présenta un chancre syphilitique du lobule de l'oreille, au niveau de la partie percée par le poinçon. »

Les ventouses scarifiées et le crayon au nitrate d'argent ont pu être mis en cause. Le professeur Gaucher rapporte le cas d'un malade qui contracta un chancre en cautérisant un « bobo » à la pierre infernale ; dans son service de l'hôpital Saint-Louis, on n'emploie plus depuis ce temps que la solution de nitrate d'argent.

La circoncision chez les juifs a pu être une source de contagion. D'après le texte hébraïque, l'opérateur doit appliquer directement ses lèvres sur la plaie et pratiquer une hémostase relative par succion.

1. Renon. *Mal. populaires*.

Dans certaines régions de la Russie, et chez nous, en Bretagne, on a pu voir des chancres de l'œil à la suite du léchage destiné à extraire de l'œil les corps étrangers.

Toutes ces observations nous montrent que la syphilis peut exercer ses méfaits aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, elle ne respecte personne et comme intermédiaires se sert des actes les plus sacrés, en particulier du baiser.

« Le médecin, écrit Ducastel, doit toujours avoir présent à l'esprit qu'il n'est pas d'âge à l'abri de la syphilis acquise, qu'il n'est pas de région de la peau ou des muqueuses faisant directement suite à la peau qui ne puisse être le siège du chancre syphilitique, que nul besoin n'est de l'acte vénérien pour que celui-ci se montre qu'il est souvent le résultat d'une inoculation accidentelle dont le malade n'a nulle conscience. Aussi, en présence d'une plaie dont la nature ne ressort pas à première vue, le médecin devra toujours songer à la possibilité d'un chancre syphilitique.

Chez l'enfant, le chancre syphilitique est souvent méconnu; son siège extra-génital, l'âge des malades induisent souvent le médecin en erreur. « Quand on a affaire à un enfant, à une jeune fille, écrit le Dr Fournier, quand on se trouve dans un milieu honnête, familial, dans un milieu en apparence fermé à la syphilis, on se laisse facilement influencer par l'air ambiant, on se laisse, dirais-je, griser par le parfum d'honnêteté de la maison et l'on ne songe pas à la syphilis à laquelle cependant il faudrait toujours penser. Somme toute, l'on ne se méfie pas, on ne regarde pas les choses d'assez près et

l'on a bientôt fait à propos d'un bouton du visage de lancer à la légère un diagnostic d'herpès, d'eczéma, d'impétigo, d'affection banale quelconque. »

Il n'est pas de classe de la société échappant à la syphilis. On l'observe dans les campagnes aussi bien qu'à la ville. Il y a cinquante ans la majorité des médecins de campagne, écrit Issaly, n'avait jamais l'occasion de voir de la syphilis ; hélas ! aujourd'hui, les choses ont changé.

« On croit trop volontiers, dit Raoult dans sa thèse inaugurale, que Paris et les grandes villes sont les seuls foyers possibles de contagion. Grâce à la plus grande facilité des communications, aux passages fréquents des commis-voyageurs qui ne sont pas seulement des propagateurs d'idées, comme le disait Gambetta, qui les considérait comme de précieux auxiliaires politiques, grâce au service militaire obligatoire, grâce à l'appât du gain qui attire les filles à la ville et aux déceptions qui les ramènent à la campagne après qu'elles sont infectées, grâce aux nourrissons syphilitiques qui placés à la campagne répandent souvent la maladie autour d'eux, les paysans ne sont plus à l'abri de l'atteinte de la vérole. »

La Russie est particulièrement éprouvée. Le professeur Benjamin Tarnowsky de Saint-Petersbourg disait en 1897 au Congrès international de médecine de Moscou :

« La syphilis rurale en Russie est principalement la syphilis des innocents et se répand dans toute la masse de la population sans distinction d'âge et de sexe.

« L'enfant qui vient de naître est souvent infecté par le baiser de l'un de ses proches, tombé malade. Les

grands-parents peuvent contracter la maladie en mangeant dans la même vaisselle, en buvant dans le même verre. La promiscuité, l'indigence et surtout l'ignorance de la population rurale, l'absence complète de mesures sanitaires sont causes de la propagation toujours croissante de la contagion. »

En France, la syphilis dans les campagnes n'est pas non plus inconnue.

« C'est dans le chef-lieu de canton, écrit le Dr Lardier, dans la petite ville où il n'y a pas encore de maison de prostitution, mais où il y a des prostituées, réfugiées dans quelques bouges infects que s'épanouissent les différentes formes du mal de Vénus qui de là gagne les champs.

« Si la prostitution n'existe pas à vrai dire au village, nous savons quels éléments lui sont fournis par la petite ville. Les jours de foire et de marché appartiennent aux paysans. »

Voilà donc la syphilis dans les campagnes aussi bien qu'à la ville : elle y exercera ses méfaits avec la même fureur.

« Hérode règne en France et sur toute la terre et recommence chaque année son massacre d'innocents. Et si ce n'est pas blasphémer contre la vie, je dis que les plus heureux sont ceux qui ont disparu. »

BRIEUX (*Les Avariés.*)

A côté des hérédosyphilitiques, on peut également trouver à la campagne des cas de syphilis infantile acquise. On hésite à la campagne à avouer à son médecin

la maladie dont on est atteint, là plus que partout ailleurs règne ce préjugé qui fait de la syphilis une maladie honteuse. Souvent aussi on ignore la nature de la maladie et sa gravité.

L'ignorance en matière de syphilis n'est pas seulement le fait de la campagne, elle est également fréquente à la ville. Qu'est-ce donc que la syphilis ? interrogeait cette dame dont nous avons rapporté l'observation.

Or, l'ignorance constitue un des principaux facteurs dans la propagation de la syphilis :

« On nous apprend à vivre quand la vie est passée. Cent escholiers ont pris la vérole avant que d'être arrivés à la leçon d'Aristote : de la tempérance. »

On diminuera les cas de syphilis infantile acquise, en soignant bien les syphilitiques, en ne cessant de leur répéter que pendant plusieurs années ils constituent un danger pour tout leur entourage.

A tous, écrit Raoult, il faut enseigner les règles de l'hygiène. « Que dès la plus grande enfance chacun soit habitué à ne jamais boire dans un verre, à ne jamais manger avec un couvert ayant déjà servi et n'ayant pas été lavé avec le plus grand soin, à ne jamais consentir à revêtir des vêtements ayant déjà été portés et n'ayant pas été désinfectés, à ne jamais se servir des objets de toilette d'une autre personne quelle qu'elle soit, fût-ce même parmi ses plus proches parents. Que la propreté du corps soit méticuleuse, que les organes génitaux soient l'objet de soins particuliers. Si chacun était persuadé de l'importance de l'hygiène, de la simple propreté, on ne verrait plus dans les bazars des acheteurs porter à la

bouche des hochets, des pipes, des sifflets et en changer plusieurs avant d'en faire l'acquisition.

« On ne verrait plus mettre aux mains de l'enfant ces petites musiques vendues sur le boulevard.

« On ne laisserait plus embrasser l'enfant au hasard, etc. etc.

« Il est vrai que, suivant la remarque de Fénelon, chacun ne pourra pas aller dans la pratique aussi loin que nos pensées vont sur le papier, mais enfin, lorsqu'on ne pourra pas aller jusqu'à la perfection, il ne sera pas inutile de l'avoir connue et de s'être efforcé d'y atteindre ; c'est le meilleur moyen d'en approcher ».

DEUXIÈME PARTIE

LE CHANCRE SYPHILITIQUE

La syphilis acquise de l'enfant ne diffère en rien de celle de l'adulte. Elle est également caractérisée :

1° Par l'apparition d'un chancre au lieu même où s'est exercée la contagion ;

2° Le bubon symptomatique dans la région lymphatique correspondante.

Puis dans la suite apparaît tout le cortège des accidents habituels.

Le chancre syphilitique. — Une des caractéristiques du chancre syphilitique est d'apparaître au point même où le tréponème a pénétré dans l'organisme, cela après une période d'incubation de durée variable de trois ou quatre semaines en moyenne.

C'est une lésion érosive, bien circonscrite, ovalaire ou arrondie, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Il se continue sans ressaut avec les tissus voisins, le fond en est lisse, uni, de teinte rouge en général, dite chair musculaire, quelquefois cependant grisâtre. Il ne suppure pas, sécrète une sérosité louche et non du pus.

Le chancre syphilitique repose sur une base indurée.

Cette induration peut être très nettement accusée, d'autrefois en cas d'induration dite foliacée, papyracée, elle demande à être recherchée avec très grand soin. Malgré sa très grande fréquence, ce signe ne constitue cependant pas un critérium pour le diagnostic du chancre syphilitique.

« La définition du chancre syphilitique, écrit Du Castel, par l'induration en mettant celle-ci au premier plan, a été maintes fois l'occasion d'erreurs.

« Nombreux sont les chancres qui, bien que destinés à être suivis d'accidents syphilitiques, ne s'accompagnent d'aucune induration nettement définie. Nombreux d'autre part sont les chancres qui, n'ayant rien à faire avec la syphilis, reposent sur une base indurée. L'une, il est vrai, est spécifique, l'autre inflammatoire simple. Mais l'induration spécifique et l'induration inflammatoire ne présentent dans nombre de cas de caractères bien tranchés. »

« L'œil, plus souvent et plus sûrement que le doigt, doit conduire à faire le diagnostic. »

Lésion le plus souvent circonscrite, le chancre syphilitique revêt dans certains cas le type dit phagédénique. Ce type est évidemment possible chez l'enfant, nous n'en avons néanmoins aucun exemple à rapporter.

Le chancre syphilitique retentit pathologiquement sur le ganglion, ou sur les ganglions qui sont en relation anatomique avec le département tégumentaire qu'il affecte et crée une affection connue sous le nom, de bubon satellite. C'est une adénopathie de développement moyen, aphlegmasique, indolente, dure, le plus souvent polyganglionnaire. L'aphlegmasie est une des caracté-

ristiques du bubon syphilitique ; dans des cas très exceptionnels, le bubon déroge de ses habitudes d'aphlegmasie, s'enflamme et peut même suppurer. Ces exceptions s'observent surtout dans les cas de chancre lingual ou des divers segments de la bouche ; en raison de la flore microbienne buccale, il n'est pas rare de voir les ganglions sous-maxillaires présenter un certain caractère inflammatoire.

En résumé, hormis les cas où le chancre syphilitique revêt le type dit phagédénique, l'accident initial de la syphilis consiste en une exulcération bien circonscrite, rouge chair musculaire, sans bords taillés à pic, ne suppurant pas, entraînant toujours un retentissement ganglionnaire : les ganglions, durs, mobiles, roulant sous le doigt. Souvent le volume de l'un des ganglions est légèrement exagéré par rapport à celui des autres et constitue suivant la spirituelle appellation de Ricord « le préfet de l'aine ».

Le chancre syphilitique constitue-t-il toujours une lésion isolée ? Il fut un temps où la formule suivante était admise sans conteste, à savoir que le chancre syphilitique était toujours unique et la présence de plusieurs chancres devait faire songer au chancre mou. La question des chancres syphilitiques successifs était méconnue. On admettait que dès l'apparition du chancre le sujet était immunisé et qu'il ne pouvait de ce fait présenter un nouveau chancre syphilitique quelques jours après l'apparition du premier.

De telles données ne sont plus admises aujourd'hui. L'immunité en matière de syphilis ainsi que l'a démontré M. le professeur Gaucher, est une immunité progres-

sive; régionale d'abord elle ne devient complète et généralisée que très tard après l'apparition du premier chancre.

Nous n'avons pas d'exemples de chancres syphilitiques multiples chez l'enfant dans les observations publiées dans la première partie de cette étude. Néanmoins, nous croyons pouvoir affirmer que les chancres multiples peuvent exister aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

a) Les chancres syphilitiques multiples peuvent être le fait d'infections répétées. Supposons une nourrice atteinte de syphilides, de plaques muqueuses du mamelon, l'enfant suce, lèche plusieurs fois par jour le sein de cette nourrice, rien d'étonnant qu'à chaque tétée se fassent des inoculations nouvelles ;

b) L'infection après l'apparition du premier chancre peut se faire soit par le virus venant du chancre préexistant, soit par le virus venu d'une autre personne.

Il suffit de regarder comment un malade se comporte quand il a un chancre. Dès son apparition il le touche, porte ses mains souillées à la bouche, aux yeux et cela sans précautions. Or, si de telles pratiques s'observent chez l'adulte, combien plus fréquentes encore elles sont chez l'enfant !

L'infection peut se faire sur place, c'est-à-dire sur un point en contact avec le premier chancre. Qu'un chancre survienne sur une des lèvres, dès le début de son apparition l'autre lèvre sera humectée, et la moindre écorchure sera alors le prétexte d'une inoculation donnant lieu à une nouvelle lésion, si peu que les accidents

généraux tardent à venir (chancre par impression de Neumann).

Les chancres syphilitiques multiples peuvent donc s'observer chez l'enfant comme chez l'adulte, et sont dus (thèse de Sabarcanu) à des hétéro infections ou à des auto-infections.

Les hétéro-infections peuvent être :

- α) Simultanées ;
- β) Successives, avant ou après l'apparition du premier chancre.

Les auto-infections peuvent être :

- α) Directes par contact d'une région saine avec une région possédant un chancre ;
- β) Par transport du virus du premier chancre plus ou moins loin par les mains, les vêtements, etc., du malade.

Le chancre syphilitique, chez l'enfant, est presque toujours extra-génital, et c'est plus particulièrement au niveau de la face qu'on l'observe. Sur 26 chancres syphilitiques extra-génitaux observés chez l'enfant, le professeur Fournier compte 13 chancres de la face.

Lèvres	8 cas
Joues	2 —
Nez	1 —
Œil	2 —
Langue	1 —
Cou	3 —
Anus	4 —
Bras (vaccination)	5 —

Statistique du professeur Fournier

CHANCRE DES LÈVRES

Il peut siéger au niveau de la lèvre supérieure, de la lèvre inférieure ou des commissures. Il peut occuper exclusivement le département cutané de l'une ou de l'autre lèvre, il peut être muqueux et ne se révèle que par le renversement de la lèvre ; enfin il peut être à cheval sur le territoire cutané et le territoire muqueux, c'est alors un chancre mixte.

Au point de vue morphologique, le chancre labial peut revêtir divers aspects.

Le professeur Fournier distingue le chancre croûteux ;

Le chancre érosif ;

Le chancre papuleux ;

Le chancre hypertrophique ;

Le chancre ulcéreux ;

Le chancre phagédénique.

Les deux premiers types sont de beaucoup ceux que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer dans la pratique.

Le chancre croûteux est la règle, lorsque le chancre syphilitique intéresse le département cutané des lèvres et qu'aucun topique n'en a détaché la croûte. Celle-ci masque la vraie lésion, l'érosion chancreuse sous-jacente.

Le chancre érosif se présente sous la forme d'une exulcération ovalaire à grand axe parallèle à celui des lèvres. De grandeur variable, cette exulcération qui correspond généralement à une pièce de 20 à 50 centimes

peut être très petite dans certains cas, constituant ainsi le type de ce que l'on appelé « le chancre nain ».

Dans la variété érosive, l'induration de base n'est pas toujours très accentuée, il s'agit souvent d'une induration « dite lamelleuse » qui demande à être recherchée avec beaucoup de soin.

Plus rarement le chancre syphilitique revêt le type papuleux. Il est alors nettement en relief au-dessus des tissus périphériques, c'est « le chancre en pastille ».

Restent les types hypertrophiques ou chancre tumeur et le type phagédénique.

Les types croûteux et érosifs constituent, disions-nous, les types les plus fréquemment observés. Le chancre en pastilles et le chancre tumeur, chez l'enfant, sont en effet des exceptions ; dans toutes les observations inédites que nous publions et parmi celles que nous avons relevées dans la littérature médicale, nous n'en avons trouvé aucun exemple. En revanche, le chancre phagédénique des lèvres n'est pas absolument exceptionnel chez l'enfant ; par suite du grattage incessant dont il est l'objet de la part de l'enfant, le chancre syphilitique s'infecte et bientôt, faisant suite à la lésion circonscrite du début, on constate une ulcération de très grandes dimensions, conséquence de l'infection secondaire réalisée d'une part par le grattage et aussi par l'abondante flore microbienne de la bouche.

Le chancre syphilitique des lèvres peut également revêtir le type fissuraire. Ce type est fréquent chez l'enfant, nous en avons rapporté deux observations.

Ce chancre fissuraire est la règle lorsqu'il siège au niveau des commissures ; mais il peut également s'ob-

server lorsqu'il siège sur les sillons normaux ou pathologiques des lèvres ; un de ces sillons est fréquent en particulier au niveau de la ligne médiane inférieure.

C'est sur les ganglions sous-maxillaires que retentit le chancre labial, qu'il siège sur la lèvre supérieure ou sur la lèvre inférieure. Dans la circonstance, il n'est pas très rare de voir le bubon se présenter avec une certaine réaction inflammatoire, les ganglions sont alors plus volumineux que d'habitude, empâtés, douloureux au toucher, néanmoins la suppuration est exceptionnelle.

Chez l'enfant, plus encore que chez l'adulte, le chancre syphilitique des lèvres risque d'être méconnu et pris pour une lésion banale. Suivant les conseils de Du Castel et du professeur Fournier, on devra toujours songer à la syphilis et même en présence de la lésion la plus banale en apparence, rechercher l'induration de base et explorer les ganglions de la région lymphatique correspondante.

Le chancre labial peut être confondu avec l'*eczéma des lèvres*, en particulier l'eczéma éléphantiasique de la lèvre supérieure décrit par Besnier. Cet eczéma survient en général chez des enfants lymphatiques dans le cours d'un coryza chronique dont il est la conséquence : la lèvre supérieure est tuméfiée, dure, la peau rouge recouverte de croûtes. L'erreur entre ces deux affections est d'autant plus possible que le chancre labial peut s'accompagner d'œdème de toute la région. L'existence du coryza à l'origine de l'eczéma, l'absence d'adénopathie permettent d'arriver au diagnostic.

Bien que constituant l'aspect le plus typique du chan-

cre syphilitique, le chancre érosif labial peut également donner lieu à des erreurs diagnostiques, et être pris pour *des érosions vulgaires ou encore de l'herpès*.

« L'herpès susceptible d'être confondu avec le chancre, écrit le professeur Fournier, ce n'est ni l'herpès vésiculeux, ni l'herpès à érosions miliaires consécutives à la rupture de vésicules isolées. C'est l'herpès confluent formant des groupes d'érosions contiguës, lesquelles à un moment donné se réunissent et aboutissent à la formation d'une érosion assez large, c'est aussi l'herpès creux qui va au delà de l'épiderme qui attaque superficiellement le derme comme le chancre, c'est l'herpès à longue durée, c'est encore l'herpès solitaire forme assez rare constituée par une érosion unique souvent assez étendue. C'est en un mot l'herpès chancriforme. »

Trois signes permettent d'éviter l'erreur.

Si l'on a affaire à un chancre on le trouvera toujours limité par une ligne de contour régulier, représentant un cercle ou un ovale, dans l'herpès, au contraire, le contour est irrégulier, vestige des vésicules excentriques du bouquet central d'herpès.

L'induration de base du chancre constitue un excellent élément diagnostic ; le bubon satellite vient enfin trancher toutes les difficultés : dans l'herpès et les érosions vulgaires, ou bien pas d'adénopathie, c'est le cas habituel, réserves faites pour les infections secondaires, ou bien rien autre qu'un léger degré de retentissement ganglionnaire ; s'agit-il au contraire d'un chancre syphilitique, l'adénopathie est constante avec tous ses caractères.

D'autre part, chez l'enfant, l'herpès labial accompagne le plus souvent une poussée fébrile :

« L'herpès pleure une sérosité abondante, le chancre syphilitique est sec et improductif. »

« DU CASTEL. »

La nature syphilitique de certaines ulcérations fissuraires des lèvres peut être également méconnue. Chez certains enfants, il n'est pas rare d'observer sous l'influence du froid, du vent, un état inflammatoire du bord rouge des lèvres. Le bord rouge des lèvres est en desquamation ; de ci, de là existent des fissures antéro-postérieures profondes, douloureuses, saignant facilement. Il s'agit là de lésions des plus banales réapparaissant souvent chez les mêmes enfants, sous l'influence de causes précitées, on n'y attache aucune importance et il ne vient même pas à l'idée des parents de s'inquiéter en face de pareilles lésions. Or, que l'un de ces enfants fasse un chancre syphilitique de la lèvre et que ce chancre affecte le type fissuraire, qu'advient-il ? Que ce chancre risque fort d'être méconnu, et si par hasard à ce moment un médecin a l'occasion de voir l'enfant le récit des parents aura vite fait de détourner l'attention du médecin de cette lésion qui dès le premier abord l'a frappé. « Ce n'est rien docteur, c'est un simple bobo, c'est l'effet du vent », et les choses en resteraient là si le retentissement ganglionnaire et l'induration de base de la fissure ne ramenaient l'attention du médecin pour le conduire au diagnostic véritable.

Chez l'enfant, les commissures labiales sont souvent le siège d'une lésion connue sous le nom de perlèche ; c'est

un impétigo commissural pouvant s'accompagner de lésions d'impétigo du visage, d'autres fois elle est le résultat d'une infection salivaire streptococcique. Elle s'observe surtout chez les écoliers et se présente sous forme d'épidémies. Cette lésion ne saurait être confondue avec le chancre syphilitique : elle est bilatérale, ne s'accompagne d'aucun retentissement ganglionnaire et repose sur une base absolument souple.

Nous ne citerons que pour mémoire le lupus de la lèvre qui en tant que lésion isolée constitue une exception, il accompagne ordinairement un lupus de la face dont il représente l'extension. Rares sont également les cas de tuberculose gommeuse et ulcéreuse des lèvres ; il s'agit alors d'une lésion essentiellement lente dans son évolution ; alors que le chancre syphilitique ne dépasse jamais le derme muqueux, l'ulcère tuberculeux peut aller jusqu'à dénuder le tissu musculaire, son fond est inégal, jaunâtre, la base molle, les troubles fonctionnels plus ou moins accentués.

CHANCRE DE LA LANGUE

Siège plus particulièrement au niveau du tiers antérieur de la langue. Il est érosif ou ulcéreux, très exceptionnellement fissuraire.

Dans la forme érosive, le chancre syphilitique lingual se présente sous la forme d'une exulcération de coloration différente de celle de la muqueuse voisine par

une teinte rouge plus accentuée. Le fond en est lisse, dé-papillé, le contour régulier figure ordinairement par un ovale à grand axe antéro-postérieur. L'induration de base ne fait pour ainsi dire jamais défaut.

La forme ulcéreuse entame le derme muqueux dans une certaine profondeur. Ce chancre représente une lésion ulcéратive dont les bords descendent en pentes douces vers le fond de la plaie. Comme le précédent, il est toujours doublé d'une induration notable.

L'adénopathie du chancre lingual se fait dans les ganglions antéro-latéraux de la région cervicale, ganglions situés au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde et sur les côtés du cartilage thyroïde. Quelquefois double, le bubon satellite du chancre lingual peut être également croisé, en raison de l'entre-croisement des lymphatiques.

Là encore, comme pour le chancre syphilitique labial, la recherche systématique, à propos de toute érosion ou lésion ulcéreuse de la langue, de l'induration de base, l'exploration ganglionnaire conduiront sûrement au diagnostic.

La glossite exfoliatrice marginée ne saurait être confondue avec le chancre quand elle atteint une surface assez étendue de la langue. L'erreur n'est possible que lorsque la desquamation linguale n'intéresse qu'une partie de la langue, d'ailleurs un simple examen même superficiel permet de l'éviter. Alors que la régularité de contour est une caractéristique du chancre, la desquamation linguale dans la glossite exfoliatrice est des plus irrégulières ; d'ailleurs les lésions changent du jour au lendemain, ne s'accompagnent jamais d'induration linguale sous-jacente ni de retentissement ganglionnaire.

L'aphte à la période d'ulcération se présente sous forme d'ulcération toutes petites, infundibulaires, très douloureuses à tous les mouvements de la langue ; le fond en est jaune, d'un jaune quelquefois très spécial. Récidives fréquentes.

Si l'on hésitait entre le chancre syphilitique et une *ulcération herpétique*, les mêmes éléments de diagnostic que nous avons donnés à propos du chancre des lèvres trancheraient la question en permettant d'éviter l'erreur.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, à propos de toute ulcération intéressant la périphérie de la langue, on ne manquera jamais de bien examiner les dents, ce qui permettra de rapporter à sa véritable origine une lésion dont la nature au premier abord ne s'imposait pas.

Le muguet ne saurait prêter à confusion, il est en revanche une lésion, fort heureusement très rare, qui mérite de retenir notre attention. Nous voulons parler de l'ulcère lingual tuberculeux, il s'agit bien entendu de l'ulcère jeune constitué depuis peu de temps à l'état d'ulcère.

Voici résumés dans le tableau ci dessous les caractères différentiels de ces deux lésions.

Ulcères tuberculeux	Chancre syphilitique ulcéreux
Antécédents et signes de syphilis pulmonaire.	Lésion presque toujours
Multiplicité possible des lésions.	unique.

Etendue parfois très notable, pouvant aller jusqu'à dénuder le tissu musculaire.

Contour irrégulier.

Bords taillés à pic.

Le fond est inégal, jaunâtre ; les grains de Trélat constituent un caractère quasi pathognomonique. Ce sont de véritables abcès tuberculeux miliaires, se présentant sous la forme de petits points gris jaunâtre, gros comme une tête d'épingle. « Il suffit d'avoir vu un ulcère tuberculeux, disait Th. Anger, pour faire le diagnostic. »

L'ulcération repose sur une base souple.

L'ulcère tuberculeux est peu douloureux pour Duplay, pour Fournier il est au contraire très douloureux ; quoi qu'il en soit, l'ulcère tuberculeux peut être le point de départ de douleurs très vives se propageant à l'oreille du côté correspondant à leur siège et s'exaspérant par la mastication.

Ulcération ne dépassant jamais le derme muqueux.

Contour régulier.

Bords descendant toujours en pente douce vers le centre de l'ulcération

Le fond est régulier, lisse, rougeâtre, parfois cependant aspect diphtéroïde.

L'induration de base est constante.

Dans le chancre syphilitique les troubles fonctionnels sont à peu près nuls.

Le bubon satellite là encore constitue un signe différentiel précieux.

Nous aurons l'occasion de reparler à la fin de cette étude des procédés de laboratoires.

Reconnaître l'ulcère sublingual qui, chez l'enfant, s'observe souvent à l'occasion de certaines affections du poumon, en particulier au cours de la coqueluche, est en général chose facile, même dans les cas où cette ulcération revêt un aspect chancriforme. Cependant, dans une observation du professeur Fournier, le diagnostic fut hésitant pendant quelque temps. « Il s'agissait d'un ulcère sublingual survenu au cours de la coqueluche et qui était accompagné de roséole. Or il ne s'agissait que d'un érythème vulgaire, essentiellement survenu chez un enfant qui, affecté de coqueluche, présentait du fait de sa coqueluche un ulcère sublingual. »

CHANCRE DES GENCIVES

Aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, le chancre syphilitique des gencives constitue une rareté ; nous n'en avons pas trouvé d'exemple dans la littérature médicale ; cette localisation cependant est possible, aussi jugeons-nous nécessaire de résumer les grands caractères du chancre syphilitique gingival.

Il siège à la face externe des gencives, au niveau du collet des dents. C'est une lésion érosive, rouge chair, toujours de petites dimensions, en forme de croissant encadrant la sertissure de deux ou rarement trois dents. Quelquefois au lieu de la coloration typique, le chancre gingival se présente avec une teinte grise, opaline, voire presque pseudo-membraneuse ; les troubles fonctionnels sont à peine accusés, un peu de gêne au contact

des aliments, et c'est tout. Dans la circonstance, il est impossible d'apprécier l'induration de base puisque cette base se confond avec des tissus osseux ; seule l'exploration ganglionnaire peut conduire au diagnostic ; c'est là, nous ne cesserons de le répéter, un des meilleurs éléments de diagnostic du chancre syphilitique, et n'était ce signe, il est une forme de chancre syphilitique gingival qui risquerait fort d'être méconnue.

« Dans certains cas, écrit le professeur Fournier, le chancre gingival revêt un aspect particulier :

« Plus de configuration régulière en demi-lune ;

« Plus de surface lisse et unie ;

« Plus de coloration particulière.

« Il s'agit alors d'une ulcération étalée sur le bord gingival, ulcération à contours indécis, frangés, irréguliers, à fond inégal, bourgeonnant, de teinte composite multicolore.

« D'autre part, à ce niveau, les gencives sont gonflées, les dents correspondantes partiellement déchaussées par le décollement des gencives.

« Les troubles fonctionnels sont très accusés, douleurs spontanées, douleurs au toucher, douleurs au contact des aliments, des boissons ».

CHANCRE SYPHILITIQUE DE L'AMYGDALE

Nié par Velpeau, le chancre syphilitique de l'amygdale fut soupçonné par Rollet, 1859 ; mais c'est à Diday de Lyon que revient le mérite d'avoir démontré pé-

remptoirement l'origine amygdalienne de certaines syphilis et d'avoir, du même coup réduit, à néant la théorie de la vérole d'emblée.

Après le chancre des lèvres, le chancre de l'amygdale est le plus fréquent des chancres buccaux ; rien d'étonnant d'ailleurs à la fréquence de cette localisation, car la salive qui charrie le contagé syphilitique est naturellement portée en arrière par les mouvements de déglutition, d'autre part l'amygdale est un nid tout préparé pour la germination microbienne.

Très souvent chez l'adulte le chancre de l'amygdale est d'origine vénérienne, mais très souvent aussi, et ce doit être la majorité des cas, il est le résultat d'une localisation purement accidentelle du tréponème ; à ce titre il s'observe aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Le chancre de l'amygdale est en général unique, il se limite à l'aire de l'amygdale et ne la déborde que très rarement. Quelquefois érosif, il revêt plus souvent le type ulcéreux, masqué par des exsudats blanchâtres, (chancre diphtéroïde). Cet exsudat, d'après Boullouche, n'est nullement le fait du tréponème, il est dû à une série de bactéries qui trouvent sur la muqueuse dénudée un milieu favorable à leur développement. Pour Du Castel, l'état diphtéroïde est inhérent au chancre lui-même.

« Partout, dit-il, où la peau est humide, sur toutes les muqueuses, il est de l'essence du chancre de se recouvrir d'un enduit diphtéroïde. »

Au niveau de l'amygdale, comme partout ailleurs, le chancre syphilitique repose sur une base indurée, mais

là plus que partout ailleurs cette induration risque de passer inaperçue ; pour bien l'apprécier il faut introduire l'index dans la bouche jusqu'à la gorge, palper avec ce doigt la surface de l'amygdale tout en soutenant en dehors de l'autre main la région explorée.

Le bubon satellite du chancre amygdalien se fait dans les ganglions de la partie latérale du cou, au niveau de la grande corne de l'hyoïde et sur les côtés du cartilage thyroïde. On retrouve dans cette adénopathie les caractères d'aphlegmasie, d'indolence et de dureté du bubon syphilitique. La chaîne ganglionnaire peut s'étendre depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la région sus-claviculaire.

Plus encore que celui des lèvres, le chancre syphilitique de l'amygdale chez l'enfant risque d'être méconnu, chez l'enfant on ne pense pas à la syphilis ; devant l'âge de l'enfant et l'honnêteté du milieu on se refuse à y croire ; et devant une lésion amygdalienne qui pourrait être un chancre on envisage toutes les hypothèses à l'exception de la syphilis ; c'est la conséquence d'une conception absolument fausse que l'on a l'habitude de se faire du chancre amygdalien :

« On est tellement habitué, écrit M. le professeur Dieulafoy, à considérer le chancre syphilitique comme une lésion indolente et apyrétique que le jour où un malade se plaint d'angine et de fièvre, on rejette bien à tort l'hypothèse du chancre. »

Il n'est pas rare en effet d'observer au début d'un chancre de l'amygdale une certaine altération de l'état général marqué par de la courbature, de l'inappétence, une ascension fébrile ; d'après le professeur Fournier,

souvent le chancre amygdalien débute comme une angine fébrile fort douloureuse (chancre de l'amygdale à forme angineuse.) Dans ces cas l'enfant se plaint de la gorge, les mouvements de déglutition sont pénibles, la céphalée est vive, la courbature toujours très accentuée, le thermomètre accuse une élévation thermique très marquée ; pour peu que l'enfant soit sujet à de petites poussées d'amygdalite on ne s'inquiète nullement dans l'entourage et suivant les cas, c'est tantôt la famille qui dirige le traitement, d'autres fois on fait appel au médecin. Celui-ci est rapidement induit en erreur par l'entourage de l'enfant ; il examine la gorge du malade, la trouve rouge ou tapissée d'un enduit pultacé avec une amygdale volumineuse et ne voit là qu'une angine sans caractères spéciaux, quelquefois il envisage la possibilité d'un abcès. La lésion véritable a donc échappé à l'examen. A cela d'ailleurs rien d'étonnant, à ce moment, ainsi que le fait remarquer le professeur Dieulafoy, le diagnostic de chancre de l'amygdale est très difficile, mais bientôt s'accuse la forme sous laquelle le chancre va évoluer : amygdale volumineuse dans laquelle, le chancre, se dissimulant plus ou moins, revêt soit le type érosif, soit le type ulcéreux. L'unilatéralité de la lésion, l'induration de l'amygdale et la pléiade ganglionnaire conduiront au diagnostic.

Alors en effet que dans toutes les angines, les deux amygdales participent au processus infectieux, dans le chancre syphilitique une seule amygdale est en cause. On a publié quelques exceptions à cette règle ; Julien en particulier, cité par le professeur Dieulafoy, « rapporte l'observation d'une jeune fille, atteinte de roséole

généralisée, qui portait à chaque amygdale un chancre ulcéreux avec pléiade ganglionnaire cervicale bilatérale. »

Le professeur Fournier également, en a publié quelques exemples empruntés à Duncan Bulkley. Malgré ces exceptions, l'unilatéralité de la lésion constitue un excellent signe différentiel du chancre syphilitique de l'amygdale, et associé à l'induration de l'amygdale et au bubon satellite, il conduira presque toujours au diagnostic. Mais encore une fois, pour faire ce diagnostic, il faut y penser et « ne pas oublier que le chancre de l'amygdale revêt souvent les allures d'une angine douloureuse, fébrile, aiguë ».

Quand il est diphtéroïde, le chancre de l'amygdale peut simuler la diphtérie : « Nous avons vu, écrit Legendre, des malades porteurs de chancre de l'amygdale aboutir à un état général vraiment très peu satisfaisant, état parfois même d'apparence infectieuse, que l'idée de la diphtérie venait de suite à la pensée de gens habitués à observer des diphtériques. »

Dans cette forme, ce sont donc encore les symptômes fonctionnels et généraux qui pourraient induire en erreur, mais l'absence d'extension des membranes au reste de la gorge, leur cantonnement à l'amygdale, l'ulcération chancreuse qu'on découvre après avoir enlevé l'enduit membraneux sont autant de signes qui, joints à la triade symptomatique, permettent d'arriver au diagnostic. D'ailleurs, si l'on hésitait, l'examen bactériologique, les cultures trancheraient la difficulté.

Si dans ces cas l'examen bactériologique constitue un critérium, il ne saurait en être toujours ainsi pour l'angine de Vincent. Cette angine chancreiforme affecte pour

les syphilitiques une remarquable prédilection, or, l'on a cité des cas où l'angine de Vincent était venue compliquer un chancre de l'amygdale et déterminer des ulcérations sur l'amygdale opposée. Dans la circonstance, la découverte du bacille fusiforme ne pouvait être d'aucun secours. Néanmoins, des faits de ce genre constituent une rareté, et les choses se présentent en général plus simplement. Comme le chancre syphilitique, l'angine de Vincent est le plus souvent unilatérale, mais alors l'ulcération repose sur une base souple, c'est une ulcération profonde, à bords saillants, la fausse membrane très fétide ; l'adénopathie au lieu d'être cervicale est sous-maxillaire ; l'examen bactériologique révèle la présence des bacilles fusiformes et des spirilles.

L'existence d'herpès bucco-labial chez un enfant souffrant d'un mal de gorge peut être également l'occasion d'erreur. M. le professeur Diculafoy a rapporté l'observation d'un malade atteint de chancre de l'amygdale qui présenta une poussée d'herpès sur l'amygdale opposée, la lèvre inférieure et la langue. Legendre cite également le cas d'un malade qui, à l'occasion d'un chancre de l'amygdale, fit une poussée d'herpès sur l'amygdale opposée. Malgré leur peu de fréquence, ces faits méritent d'être signalés.

Grâce aux travaux de Diday-Doyon, l'herpès génital chez les syphilitiques est aujourd'hui bien connu ; Julien en 1879 écrivait :

« Un fait qui mérite d'être noté à propos du chancre utérin, c'est la fréquente coïncidence de l'herpès génital, aussi doit-on songer à une lésion syphilitique du col

lorsqu'une femme se présente sans autres lésions apparentes qu'une poussée d'herpès »

Souvent en matière de syphilis, l'herpès constitue ce que le professeur Fournier appelle « l'appel au chancre », aussi de tels faits nous amènent-ils à conclure que, chez un enfant aussi bien d'ailleurs chez l'adulte, on devra, à l'occasion d'un mal de gorge, accompagné de phénomènes généraux et d'une poussée d'herpès labial, songer non seulement à l'angine herpétique, mais également à la possibilité d'un chancre amygdalien et ne pas éliminer *a priori* ce dernier diagnostic.

CHANCRE DU NEZ

Le chancre syphilitique du nez peut intéresser soit le département cutané, le département muqueux auquel cas il siège au niveau du vestibule, ou sur la face interne de l'aile du nez, soit sur la cloison, chancre de la pituitaire.

Siège-t-il dans le vestibule ? le chancre syphilitique n'est jamais profondément situé. Il peut être érosif et a toutes chances alors de rester inconnu, d'autrefois il forme une saillie plus ou moins accusée donnant lieu au chancre papuleux, au chancre papuleux hypertrophique ; on peut également observer le chancre croûteux impétigineux. Cette forme est réservée aux chancres situés près de l'orifice de la narine.

L'adénopathie se fait pour le chancre des narines et

du vestibule dans les ganglions sous-maxillaires, quelquefois elle atteint le ganglion préauriculaire.

Les chancres de la pituitaire font leur bubon dans deux ganglions situés sous le sterno-mastoïdien, au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde.

Le chancre du vestibule, lorsqu'il revêt la forme érosive, a toutes chances de passer inaperçu, il ne s'accompagne d'aucun symptôme fonctionnel, seul le type hypertrophique peut attirer l'attention : la respiration est difficile, on note de l'enchifrènement, l'enfant dort la bouche ouverte.

La modalité croûteuse peut donner lieu à des erreurs. Masqué par sa croûte, le chancre devient une lésion assez semblable objectivement à ces eczémas locaux, à ces impétigos circonscrits, si communs dans cette région chez les enfants lymphatiques ou scrofuleux. Le professeur Fournier rapporte l'observation d'un enfant qui lui fut amené pour une lésion croûteuse de la commissure postérieure de l'une des narines. Alors que cette croûte n'était que le revêtement d'un chancre syphilitique, l'enfant jusqu'à ce jour avait été traité pour impétigo. L'erreur est facile d'autant que l'impétigo, lésion scrofuleuse par excellence, s'accompagne assez souvent d'adénopathie sous-maxillaire.

En réalité, l'impétigo n'a pas toujours d'adénopathie et quand il y en a ce sont des adénopathies scrofuleuses, multiples, disséminées, occupant les deux régions sous-maxillaires et cervicales ; elles sont pâteuses et n'offrent pas une relation anatomique précise avec le siège de la lésion. D'autre part, alors que l'impétigo ne fait qu'effleurer le derme sans l'éroder, dans le chan-

cre croûteux, la croûte masque une véritable érosion reposant sur une base nettement indurée. C'est alors une lésion de contour bien définie, tandis que le placard d'impétigo est irrégulier et tend à s'étendre et gagner la face.

Dans certains cas, le chancre de la région qui nous occupe se complique de lymphangite s'étalant sur la surface du nez et les téguments voisins, cette complication ne revêt d'ailleurs, au point de vue pronostic, aucune gravité, en revanche elle peut égarer le diagnostic en faisant croire à *un érysipèle de la face*.

Le sillon naso-génien constitue en effet une localisation fréquente de l'érysipèle, cependant il est facile d'éviter l'erreur. Dans l'érysipèle de la face, les symptômes généraux dès le début sont très accusés, la température peut atteindre 40 degrés, le malade se plaint d'une céphalée très vive, quelquefois il est abattu et plongé dans une prostration véritable, d'autres fois il est agité : le délire n'est pas exceptionnel. Rien de tout cela pour le chancre syphilitique, à l'exception du chancre amygdalien l'apyrexie est à peu près la règle : d'autre part le simple examen de la lymphangite qui accompagne le chancre suffit le plus souvent pour éliminer l'hypothèse d'érysipèle. Alors que l'érysipèle tend à s'étendre et à gagner la face, dans le chancre la lymphangite est circonscrite au dos du nez et fait capital, elle n'est pas limitée par un bourrelet. C'est là un symptôme de première importance qui nous fera abandonner le diagnostic d'érysipèle. On dira lymphangite ; il ne restera plus qu'à en chercher la cause que l'on trouvera facile-

ment, si l'on a soin d'examiner minutieusement le vestibule en s'aidant d'un spéculum nasi.

Nous savons que la face est le siège ordinaire du lupus et que le nez plus particulièrement est un lieu d'élection. Le chancre syphilitique ne saurait être confondu avec le lupus, qu'il soit érythémateux ou tuberculeux ; c'est en effet là une lésion essentiellement chronique et qui, non traitée, va en augmentant. Néanmoins, reportons-nous à la définition que nous avons donnée du chancre syphilitique.

« C'est une érosion circonscrite, quelquefois masquée par un revêtement croûteux, reposant sur une base indurée toujours accompagnée d'adénopathie dans la région lymphatique correspondante : les ganglions durs, mobiles, roulant sous le doigt. »

Nous ne trouvons dans le lupus aucun de ces caractères.

S'agit-il d'un lupus érythémateux ? On note des plaques, de contour irrégulier, déprimées, rouges, parsemées surtout à leur pourtour de squames écailleuses, blanches, adhérentes, les plaques étant douloureuses à la pression. Quant au lupus tuberculeux il se présente d'abord comme un placard diffusément rouge, de surface vernissée et de consistance mollassse, au travers duquel transparaissent des « nodules lupiques » inclus dans la lésion, gros, chacun comme un grain de mil ou d'orge, d'un jaune rougeâtre.

Le chancre syphilitique peut intéresser tous les départements de la face.—Il peut siéger sur le front, les joues, le menton. souvent il apparaît sous la forme d'une érosion, d'autres fois, cette érosion est marquée par un

revêtement croûteux-croûtelleux. C'est le chancre croûteux dont nous avons déjà parlé. Qu'il soit érosif ou croûteux, ce sont encore : le contour régulier, l'induration de base, le bubon satellite qui constituent ses caractéristiques, et nous ne saurions trop recommander de toujours explorer les ganglions à propos de toute lésion du visage, même d'apparence banale ; les chancres du front et des tempes retentissent sur les ganglions préauriculaires et parotidiens, ceux des deux tiers inférieurs de l'ovale facial font leurs ganglions dans la chance des ganglions sous-maxillaires. Quel que soit le point d'élection du chancre syphilitique sur la face, lorsqu'il revêt le type croûteux, c'est encore, comme pour le chancre croûteux du nez, des eczémas limités, des placards circonscrits d'impétigo que l'on aura à le différencier ; nous ne saurions répéter ici ce que nous avons dit à ce sujet, il est un point cependant sur lequel il nous faut insister : il n'est pas exceptionnel de voir la syphilis se greffer sur un impétigo. Nous en avons cité un exemple emprunté à M. le professeur Fournier. Le chancre syphilitique risque fort de passer inaperçu dans ces conditions, cela pour deux raisons, la première c'est que bien souvent, en particulier dans les familles où l'on considère l'impétigo comme une lésion qu'il convient de ne pas traiter, on ne montrera pas l'enfant au médecin ; la seconde c'est que le médecin, à première vue, fera le diagnostic d'impétigo et sans examiner davantage les lésions ordonnera un traitement. Or, un seul symptôme pouvait conduire au diagnostic : l'adénopathie. Seul en effet ce signe, attirant l'attention du médecin, peut l'amener à examiner plus minutieusement les lésions, et à

découvrir au milieu de l'impétigo généralisé la porte d'entrée du tréponème.

Après ce que nous avons dit du lupus à propos du diagnostic des chancres du nez, nous croyons inutile d'y revenir à l'occasion du chancre syphilitique des joues ; nous dirons au contraire quelques mots de la tricophytie du visage. Chez l'enfant elle accompagne, on peut dire toujours, une tricophytie du cuir chevelu ; c'est une inoculation accessoire. Elle se présente sous la forme d'une petite tache rose légèrement papuleuse, irrégulière, squameuse. En grandissant, cette tache s'entoure au moins partiellement d'un quart ou d'un demi cercle plus rouge, plus papuleux, très finement et irrégulièrement vésiculeux.

La coexistence d'une tricophytie du cuir chevelu suffira le plus souvent à faire le diagnostic.

CHANCRES DE L'ŒIL

Dans la première partie de cette étude nous en avons cité plusieurs exemples, et d'après ces observations nous avons pu voir que le chancre syphilitique suivant les cas, pouvait intéresser les paupières, que d'autre fois la conjonctive constituait la localisation primitive. (Observations empruntées à Tonchaleaume, thèse de Paris, 1888-1889.)

Le chancre syphilitique peut siéger sur les paupières : c'est alors une simple érosion indurée à sa base, généra-

lement petite, de la grandeur d'une lentille, mais pouvant exceptionnellement atteindre la largeur d'une pièce de 20 à 50 centimes. Cette érosion ne gêne en rien le mouvement des paupières, elle est indolore, ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel. Lorsqu'au contraire le chancre siège sur le bord libre des paupières, les mouvements d'élévation et d'abaissement des paupières peuvent être douloureux, le larmoiement est fréquent, témoignant d'une conjonctivite symptomatique, le plus souvent d'ailleurs bénigne, quelquefois cependant la réaction inflammatoire est très vive, les paupières sont œdématisées, très augmentées de volume au point de rendre impossible l'examen de l'œil. Au point de vue morphologique, ce chancre du bord libre des paupières revêt ou le type érosif ou le type croûteux ; il est facile de noter l'induration de base de la lésion ; quant au bubon satellite il se fait pour les chancres avoisinant l'angle externe de l'œil dans le ganglion préauriculaire et les ganglions parotidiens, ceux au contraire avoisinant l'angle interne retentissent sur les ganglions sous-maxillaires.

Le chancre syphilitique peut siéger sur la conjonctive ; quelquefois la conjonctive n'est envahie que secondairement, l'ulcération ayant pris naissance sur le bord libre de la paupière, mais des cas de ce genre rentrent dans la classe des chancres palpébraux.

Le chancre syphilitique peut se développer sur tous les points de la conjonctive ; il peut se développer au niveau des culs-de-sac supérieur et inférieur, cependant le grand angle de l'œil et l'angle externe paraissent être les points les plus souvent atteints.

Le chancre conjonctival commence par une saillie papuleuse de la conjonctive, saillie indolente qui bientôt s'ulcère et s'indure à sa base. L'ulcération, suivant son siège, peut revêtir les dispositions les plus variées. Au niveau des anglès, elle se présente comme une fissure ; sur la conjonctive palpébrale elle revêt un aspect ovalaire ou circulaire ; au fond des culs-de-sac, l'ulcération prend la forme d'une rigole.

Tantôt c'est une simple érosion, tantôt c'est une ulcération profonde.

Le chancre syphilitique conjonctival peut revêtir divers aspects de coloration ; il est quelquefois grisâtre, d'autrefois rouge chair musculaire, d'autres fois encore d'un blanc sale. C'est une ulcération indolente, donnant lieu à une sensation de gêne plutôt que pénible, pouvant dans certains cas s'accompagner de conjonctivite aiguë, résultat de l'infection secondaire.

L'induration de base n'est pas toujours très facile à apprécier, il est au contraire facile de vérifier l'engorgement ganglionnaire : le ganglion préauriculaire est pris le premier, les ganglions cervicaux et ceux de l'angle inférieur de la mâchoire peuvent se prendre également.

Le chancre syphilitique de l'œil peut facilement passer inaperçu et être pris pour une lésion banale ; « c'est une lésion qui ne saute que rarement aux yeux » disait fort spirituellement Ricord. Dans une des observations inédites que nous avons publiées dans la première partie de cette étude, le chancre était venu se greffer sur un orgelet et vraisemblablement il serait resté ignoré

si les parents de l'enfant, en présence de cette lésion croûteuse du bord ciliaire accompagnée de réaction de la conjonctive n'en avaient eux-mêmes soupçonné la nature. Les parents, syphilitiques en effet depuis déjà quelque temps, avaient été tellement impressionnés par les recommandations qu'on leur avait données à l'effet de protéger leur enfant contre la syphilis, l'amenèrent à la polyclinique en disant : « Ne serait-ce pas un chancre. Nous avons dit comment ce chancre était venu se greffer sur un orgelet. »

Mais bien souvent les choses ne se passeront pas ainsi, et pour peu que l'enfant d'un tempérament plus ou moins lymphatique soit sujet à des poussées d'orgelet, de blépharite, dans son entourage on ne s'inquiétera nullement et l'on se contentera du traitement anodin : les lavages à l'eau boriquée. Nous avons signalé l'observation de cet enfant qui, atteint de chancre de l'œil fut conduit dans un dispensaire et soumis à ce simple traitement. Le chancre n'avait pas été reconnu ; cela d'ailleurs ne doit pas surprendre ; on songe aux choses fréquentes et l'on a vite fait ainsi de dire blépharite, cela sans se donner la peine d'explorer les ganglions surtout le ganglion préauriculaire.

La blépharite chez l'enfant est fréquente, surtout chez les tempéraments lymphatiques ; dans la forme glanduleuse les follicules pilo-sébacés ciliaires et leurs glandes sont transformés en petits abcès ; des croûtes provenant des abcès ouverts surchargent les cils. Non soignée elle aboutit à la forme ulcéreuse.

Mais alors il s'agit d'une lésion bilatérale s'observant sur les deux yeux, l'évolution en est extrêmement lente ;

il n'y a pas à proprement parler d'ulcération sur le rebord ciliaire, et si toutefois il s'agit d'une blépharite à forme ulcéreuse, on peut noter que cette ulcération repose sur une base absolument souple et surtout qu'il n'y a pas d'adénopathie. Et la conclusion est que : à propos de toute conjonctivite, de toute blépharite, il faut examiner le ganglion préauriculaire. Est-il dur, mobile, de la grosseur d'une petite bille ? Songer de suite au chancre syphilitique et rechercher sa porte d'entrée sur le rebord ciliaire.

Lorsque le chancre siège sur la portion cutanée des paupières et se présente soit sous forme d'une érosion simple ou recouverte d'un revêtement croûteux, son diagnostic est en général plus facile. Peut-être pourrait-on hésiter avec un placard d'eczéma, d'impétigo, nous savons comment il est facile d'éviter cette confusion.

Le chancre syphilitique conjonctival mérite de nous arrêter plus longtemps. Son diagnostic peut être très hésitant dans certains cas :

S'agit-il d'*herpès* de la conjonctive ? Mais alors, douleur très vive, photophobie, les ganglions sont indemnes.

Certaines *pustules de la conjonctive* peuvent revêtir des formes anormales et en s'ulcérant ressembler à l'accident initial de la syphilis. Ces pustules se développent de préférence chez les enfants lymphatiques et siègent d'ordinaire sur la conjonctive bulbaire, localisation rare du chancre conjonctival. Elles sont douloureuses et entourées d'une réaction vasculaire intense, leur base est souple, les ganglions restent sains.

Le *pemphigus* se présente sous forme de grosses bulles auxquelles succèdent des ulcérations multiples et profondes (ce n'est pas là un des caractères du chancre syphilitique), pas d'adénopathie.

Comme nous le voyons, dans le diagnostic du chancre syphilitique l'adénopathie joue un rôle de premier ordre et souvent ce seul symptôme éveillant l'attention du médecin le conduira au diagnostic alors qu'il croyait à une conjonctivite banale ou spécifique : rougeole, diphtérie.

Il n'est aucun point de la surface cutanée du corps de l'enfant qui ne puisse être le siège d'un chancre syphilitique. Il peut siéger sur le tronc, les membres, les plis de flexion. La peau des plis de flexion est fragile ; elle s'aère mal, souvent reste humide, d'où la macération épidermique et les lésions irritatives qui s'ensuivent. Chez le nourrisson les causes de macération sont nombreuses et les lésions qu'elles entraînent constituent de merveilleuses portes d'entrée pour le tréponème.

Nous ne saurions discuter ici le diagnostic du chancre syphilitique à l'occasion de ses différentes localisations. Quel que soit son siège, le chancre syphilitique revêt soit le type érosif, soit le type croûteux, ce dernier paraissant être le plus fréquent : son diagnostic n'échappera jamais si de parti pris l'on a soin de toujours explorer les ganglions.

CHANCRE SYPHILITIQUE GÉNITAL

Il se présente chez la fillette avec les mêmes caractères que chez l'adulte ; son diagnostic est en général plus facile que dans tous les cas précédents ; étant donné la localisation génitale du chancre, on pense davantage à la syphilis ; on y pense d'autant plus qu'il s'agit d'une fillette de quatorze à quinze ans susceptible de se livrer déjà au coït ou même d'une enfant moins âgée, victime d'un attentat criminel.

Là encore, au point de vue du diagnostic, le bubon joue un rôle considérable. Dans les cas où le chancre existe d'une façon bien manifeste, le bubon lui sert de confirmation ; quand le chancre se présente avec des caractères mal définis, ambigus, le bubon permet le diagnostic.

Le diagnostic du chancre syphilitique repose sur deux bases, savoir :

Les caractères propres du chancre ; les caractères propres aux diverses lésions qui peuvent le simuler.

S'il est érosif, ce n'est pas avec le chancre simple, lésion ulcéreuse, qu'on pourra le confondre, et inversement ce n'est pas avec l'herpès, lésion érosive, qu'une surprise sera possible s'il est ulcéreux.

Sous la forme érosive, le chancre risque surtout d'être confondu soit avec une érosion simple, traumatique, inflammatoire ou autre, soit avec de l'herpès. En l'es-

pèce, tout le diagnostic réside en ces deux considérations : l'induration de base, l'adénopathie. Tels sont les deux signes qui seuls permettent un diagnostic formel entre les érosions vulgaires et le chancre, encore est-il nécessaire préalablement de s'assurer si ces érosions vulgaires qui s'offrent au diagnostic du médecin, sont vierges de tout traitement antérieur.

Nous avons déjà parlé des caractères différentiels de l'herpès et du chancre syphilitique, à l'occasion du chancre des lèvres, il nous suffit ici de les rappeler en quelques mots : L'ulcération herpétique repose sur une base souple, n'entraîne aucun retentissement ganglionnaire ; son contour est irrégulier, polycyclique. Elle évolue d'une façon hâtive et guérit sans reliquat.

Il est des cas néanmoins où le diagnostic présente de grandes difficultés, et pour en citer un exemple, nous ne saurions mieux faire que de rapporter l'observation suivante empruntée à Brouardel :

Il s'agit d'un viol d'une petite fille de six ans présentant des ulcérations vulvaires ; l'inculpé, âgé de vingt et un ans, en avait une du gland et la muqueuse buccale était enflammée.

EXAMEN DE LA FILLETTE. — 11 novembre 1878. — Les organes génitaux de la fillette sont le siège d'une lésion extrêmement vive. Toutes les parties sont tuméfiées ; les grandes lèvres forment de chaque côté un bourrelet ayant le volume de deux doigts. Sur ce bourrelet oedémateux, on trouve neuf papules un peu dures dont chacune a la largeur d'une lentille assez saillante. Elles sont d'un rouge vif sans être ulcérées.

Les ganglions des aines sont gonflés, un peu douloureux à

la pression ; dans l'aîne gauche on trouve un énorme ganglion ayant le volume d'une grosse noisette.

25 novembre 1878. — « Les papules saillantes se sont ulcérées. Les ulcérations ont de 7 à 8 millimètres de diamètre et sont recouvertes d'un enduit pultacé blanchâtre, elles sont très superficielles. Les autres parties de la vulve ont conservé leurs caractères inflammatoires ; rougeur, gonflement, la douleur semble moins intense.

« Les ganglions des aînes restent gonflés.

« Sur la peau du ventre, dans sa partie inférieure, on constate quelques plaques rougeâtres, arrondies, en voie de desquamation.

« Sur la voûte du palais, on constate la présence d'une éruption palpuleuse, rougeâtre, formée par de très petites plaques dont la saillie est appréciable au doigt ; les gencives sont rouges.

« Les ganglions sous-maxillaires et ceux de la région postérieure du cou ne sont pas tuméfiés. »

Examen de l'inculpé. — H. . . , vingt et un ans.

24 novembre 1878. — « Le professeur Brouardel trouve sur la face dorsale du gland une ulcération ayant 8 millimètres d'avant en arrière, sur 6 à 7 millimètres transversalement à bords peu saillants, couverte d'une fausse membrane blanchâtre d'apparence pultacée. Elle ne paraît pas reposer sur une zone d'induration franche ; cependant la muqueuse qui la porte n'est pas souple ; trois jours auparavant, cautérisation au nitrate d'argent.

« Dans les deux aînes, on trouve quelques ganglions indolents, aucune éruption sur la peau.

« L'amygdale gauche est un peu volumineuse, et l'épithélium de son bord interne est légèrement opalin.

« Sur sa demande, on adjoint à Brouardel un nouvel expert : le professeur Fournier.

8 décembre 1878. — « Nouvel examen de H. . .

« L'ulcération du gland décrite dans le rapport précédent est actuellement cicatrisée ; les tissus sous-jacents ne sont pas indurés ».

« Pas d'adénopathie inguinale.

« Aucune éruption sur la peau et les muqueuses.

Conclusion. — « Pas de syphilis. Il s'agissait d'une ulcération simple, traumatique ou inflammatoire,

9 décembre 1878. — « Nouvel examen de la fillette.

« Tout a disparu, les ulcérations sont cicatrisées, les ganglions inguinaux ne sont plus douloureux et sont à peine plus volumineux qu'à l'état normal, le gros ganglion a disparu.

Conclusion. — « Il s'agit d'une éruption herpétique des organes génitaux. »

En présence d'une poussée d'herpès sur les organes génitaux, il faut toujours être d'ailleurs très prudent. Le chancre syphilitique est souvent précédé d'herpès, aussi le médecin ne devra-t-il jamais renvoyer son malade en lui disant « ce n'est que de l'herpès » : il lui dira « vous avez de l'herpès », néanmoins je tiens à vous revoir dans quinze jours ou un mois. C'est pour n'avoir pas entendu ce langage que des malades ont laissé passer des chancres syphilitiques sans s'en inquiéter, les ayant pris pour des lésions de même nature que celles qui les avaient amenés à consulter : pour de l'herpès.

La vulvite érosive peut être cause d'une certaine hésitation. Le plus souvent la vulvite, quelle que soit sa nature, détermine des érosions d'un rouge vif qui peu-

vent en imposer pour un chancre. C'est alors qu'il faut savoir réserver son diagnostic.

Le professeur Fournier et le Dr Bergeron eurent l'occasion d'examiner une enfant de six ans, présentée comme affectée de chancre syphilitique : un attentat avait été commis sur elle par un individu écroué à Mazas.

Le diagnostic des deux experts fut celui de vulvite avec chancre syphilitique.

Or, on demandait un rapport médico-légal, affirmation immédiate.

Quoique sûrs de leur diagnostic, les experts refusèrent. Bien leur en prit, car la vulvite, sous l'influence de quelques soins et de quelques jours, disparut comme par enchantement ; dès que la vulvite eut cessé, les prétendus chancres se mirent à se déterger ; la réparation fut complète en huit jours.

La petite malade resta des mois dans le service du professeur Fournier et fut examinée tous les jours. On ne releva jamais sur elle le plus petit signe d'infection.

La vulvite aphteuse a pu également donner lieu à des erreurs et faire croire à une explosion d'accidents secondaires.

« Le mal, dit Parrot, a un siège constant, qui est la vulve, mais il n'y reste pas nécessairement limité et assez souvent on le voit s'étendre aux régions voisines, c'est-à-dire au périnée, au pourtour de l'anus, aux sillons génito-cruraux et aux aines. » Il siège principalement sur les grandes lèvres.

« Au début l'affection consiste en de petites plaques arrondies, blanchâtres, ou d'un blanc gris, de 3 à

4 millimètres de diamètre. Elles ont une ressemblance avec les aphtes buccaux, le tégument est en général peu modifié, cependant on y constate toutefois une teinte légèrement rosée ou violette et un peu de tuméfaction. Chez quelques sujets la cuticule avant disparu, les vésicules reposent sur une surface d'un rouge vif et un peu suintante. Elles sont parfois confluentes, etc. »

Puis ces petites plaques se creusent et s'ulcèrent.

Un cas a pu donner lieu à une expertise médico-légale dont fut chargé Brouardel. Or « il ne s'agissait que d'une éruption aphteuse développée dès le début de la rougeole et qui avait pris la forme gangreneuse.

La vulvite diphtérique a donné lieu à des erreurs analogues. Brouardel cite l'exemple d'un médecin qui, pour une enfant de deux ans et demi morte au cours de la diphtérie fit le certificat suivant :

« Je certifie que Elisa D... est décédée atteinte de diphtérie le 28 décembre.

« Mais deux jours auparavant j'avais constaté sur les lèvres (parties génitales) une inflammation très grande d'où vulvite très douloureuse pour la petite fille. Cette vulvite avait produit deux jours après de petites ulcérations indiquant une contamination probable à la suite d'attouchements d'une autre personne.

Ce certificat eut pour conséquence une exhumation. Or, il s'agissait « d'une vulvite de nature diphtéritique ».

Revêt-il le type franchement ulcéreux ? le chancre syphilitique doit être distingué du chancre mou que l'on a d'ailleurs rarement ou même pour ainsi dire jamais l'occasion d'observer chez l'enfant mais que l'on peut voir en revanche chez la fillette vers quatorze ou quinze

ans. C'est en effet « la plus vénérienne » de toutes les affections vénériennes.

Le chancre mou est souvent multiple. C'est un ulcère vrai, creux, excavé, à bords taillés à pic. Le fond est inégal, sécrète du pus ; il repose sur une base souple, son bubon satellite est franchement inflammatoire.

Malgré ces caractères différentiels, le diagnostic n'est pas toujours aisé, et l'on a vu des chancres, qui avaient tous les caractères du chancre mou, suivis de roséole, plaques muqueuses. Ceci nous amène à parler de l'examen ultra-microscopique ; en permettant de constater le tréponème cette méthode constitue un précieux moyen de diagnostic, cependant elle ne constitue pas encore un critérium permettant d'affirmer ou de nier la syphilis. Lorsque l'examen ultra-microscopique est positif il ne saurait y avoir de doute sur la nature du chancre mais de ce qu'il est négatif on ne peut pas conclure à un chancre mou. Il convient d'attendre : on dira « en apparence chancre mou », mais on aura bien soin de ne pas renvoyer son malade en lui affirmant qu'il s'agit d'une lésion sans gravité, il convient au contraire de l'examiner périodiquement pour voir si ce chancre n'est pas suivi dans la suite de roséole et de tous les accidents secondaires habituels de la syphilis.

PRONOSTIC

Il est des cas où l'évolution de la syphilis infantile acquise est calquée sur la syphilis de l'adulte et où il n'y a que peu de différence avec celle-ci. Mais il est quelques particularités qui méritent d'être mises en relief. Tout d'abord la gravité de la syphilis acquise infantile paraît bien moindre que celle de la syphilis héréditaire. La remarque souvent citée d'Ambroise Paré reste juste : « On voit peu souvent, dit-il, les enfants nés avec ce mal recevoir guérison : mais ceux qui l'acquièrent par leur nourrice ou autrement, étant déjà grands, sont quelquefois guéris. »

Il y a là, suivant la remarque du professeur Gaucher, un contraste frappant avec la tuberculose. C'est en effet chez l'enfant que la tuberculose présente son maximum de gravité, elle revêt des formes extrêmement malignes et pour la forme granulique en particulier, paraît affecter une prédilection marquée. Chez le vieillard au contraire la tuberculose est surtout une tuberculose fibreuse, son évolution est lente et l'on peut voir de ces tuberculoses pulmonaires évoluer pendant des années.

En matière de syphilis, les rôles sont renversés : la syphilis du vieillard est une syphilis grave, celle de l'enfant est généralement bien supportée. Et le professeur

Gaucher d'ajouter : « Alors qu'il faut au bacille de Koch un terrain jeune, de la viande fraîche, le tréponème se plaît dans un organisme usé, où toutes les fonctions de la vie de nutrition sont ralenties. »

Chez l'enfant, le chancre est généralement bénin, peu durable, voire même éphémère.

Les accidents secondaires, plaques muqueuses de divers sièges, syphilides érythémateuses, papuleuses, engorgement ganglionnaire, alopécie, parfois mais rarement iritis, existent mais sont fugaces et surtout sont associés à un état général satisfaisant. C'est précisément parce que les enfants ne se présentent pas comme des malades au sens courant du mot que les accidents sont souvent méconnus.

Il est cependant des syphilis qui d'emblée prennent une allure grave avec troubles généraux marqués : cachexie secondaire, anémie rapide, troubles digestifs multiples. Ces syphilis graves d'emblée semblent survenir par séries, être le fait de certaines contagions ; c'est ainsi que la syphilis vaccinale paraît avoir dans un certain nombre de cas entraîné des accidents graves.

Il faut d'ailleurs tenir compte de l'âge de l'enfant.

Lorsque l'infection est contractée dès les premiers mois de la vie, elle est souvent grave, lorsqu'elle survient après la deuxième, troisième année, elle comporte un pronostic infiniment moins sérieux.

Comme toute syphilis, la syphilis infantile acquise a sa période tertiaire : les manifestations tertiaires sont en tout semblables à celles de l'adulte.

Lorsqu'elle survient peu de temps après la naissance, la syphilis peut entraîner des accidents tout à fait com-

parables à ceux de l'héréro-syphilis. « La syphilis acquise en bas âge, dit le professeur Fournier, est apte à réaliser certaines anomalies, certaines malformations dentaires plus ou moins analogues à celles que réalise l'hérédo-syphilis ». Elle peut aussi provoquer des lésions osseuses, amener des arrêts de développement et faire que l'enfant examiné présente tous les attributs ou presque tous de l'hérédo-syphilitique.

Dans le service du professeur Desmet de Bruxelles, Bayet en 1894 eut l'occasion d'examiner trois enfants atteints de syphilis âgés de un an, cinq ans, dix ans.

Tous trois avaient des plaques muqueuses à l'anūs et aux commissures des lèvres et présentaient objectivement peu de différences. La mère avait été infectée par son mari alors qu'elle était enceinte : l'enfant vint à terme et présenta bientôt après sa naissance des plaques muqueuses à l'anūs. Les deux autres enfants, âgés de cinq et dix ans, furent bientôt infectés par la mère et présentaient tous les signes de la syphilis acquise : adénopathie sous-maxillaire, plaques muqueuses, syphilides papulo-squameuses disséminées.

Des trois enfants, l'un était un hérédo-syphilitique, les deux autres avaient une syphilis acquise.

Dès lors, supposons que ces deux derniers enfants aient fait dans la suite des lésions osseuses, à une époque où l'infection par le coīt ne peut être invoquée, on aurait fort bien pu faire le diagnostic d'hérédo-syphilis tardive.

Or, il n'est pas sans intérêt de faire une distinction entre les enfants d'une même famille les uns venus au monde avec leur syphilis, les autres porteurs d'une syphi-

lis acquise. D'après le professeur Fournier, cinq caractères principaux différencient la syphilis acquise de la syphilis héréditaire ;

L'époque d'infection ;

Le mode de début ;

Les conséquences dystrophiques ;

L'absence de certaines manifestations : pemphigus, coryza.

L'existence, chez un enfant déjà âgé, d'accidents d'apparence secondaire, tels qu'une roséole, plaques muqueuses, peuvent être rattachés sans hésitation à une syphilis récente, c'est-à-dire acquise. Ces cinq caractères ont une grande valeur diagnostique ; ils ne doivent pas toutefois faire oublier que la syphilis acquise dans le jeune âge est une maladie qui persiste dans toute la période décroissance ; à ce titre, elle est susceptible de provoquer des accidents comparables à ceux que réalise la syphilis héréditaire, en d'autres termes des accidents d'ordre dystrophique.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis n'est pas, ainsi que l'on se plaît à le répéter « une maladie honteuse ». Elle peut atteindre l'enfant aussi bien que l'adulte, rarement alors elle est d'origine vénérienne, presque toujours il s'agit d'une « syphilis imméritée ».

II. — L'allaitement, le baiser, les objets de toilette, les jouets, le linge de corps des parents, le lit commun, le viol, constituent les modes de contagion habituels.

III. — Le siège du chancre syphilitique chez l'enfant est presque toujours extra-génital, et c'est sur la face qu'on a le plus souvent l'occasion de l'observer.

IV. — L'évolution du chancre syphilitique est généralement rapide, de courte durée. Il court grand risque de passer inaperçu pour peu que l'on omette d'explorer la région lymphatique correspondante.

V. — Le pronostic de la syphilis infantile acquise est généralement bénin ; alors que dans la grande majorité des cas, l'hérédo-syphilis est mortelle.

Vu : le Président de la thèse

E. GAUCHER

Vu : le Doyen

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Fournier.* — La syphilis infantile acquise. Revue internationale de médecine et chirurgie, 1902.
- Nourrices et nourrissons syphilitiques, 1878.
- Diday.* — Du péril vénérien dans les familles, 1881.
- Bayet.* — Notes sur la syphilis acquise de l'enfance. Clinique, Bruxelles, 1894.
- Rollet.* — Archives de l'anthropologie criminelle, IX, 1894.
- Galippe.* — Société de médecine et d'hygiène professionnelles, 1879.
- Fournier.* — Sources de contagion dans la syphilis infantile. Journal de médecine, 1895.
- Rostaine.* — La syphilis acquise chez les hérédo-syphilitiques, 1905.
- André (L.).* — Syphilis extra-génitale, 1895-1896.
- Vaillant.* — Syphilis des nouveau-nés, 1907-1908.
- Maisonneuve (P.).* — Prophylaxie de la syphilis, 1905-1906.
- Renant (L.).* — Transmission de la syphilis par l'allaitement, 1904-1905.
- Robin.* — Syphilis infantile, 1902-1903.
- Blanchet.* — Syphilis des nouveau-nés, 1901-1902.
- Mignot.* — Le péril vénérien, prophylaxie des maladies vénériennes, 1904-1905.
- Raoult.* — Prophylaxie de la syphilis, 1901-1902.
- Issaly.* — Syphilis des campagnes, 1895-1896.
- Jeanselme.* — Chancres extra-génitaux. Gaz. hôpitaux, 1906.

- Raymond.* — La syphilis dans l'allaitement. Paris, 1893.
- Renon.* — Les maladies populaires.
- Du Castel.* — Chancres génitaux et extra-génitaux.
- Fournier.* — Chancres extra-génitaux.
- Gaucher.* — Traité de la syphilis.
- Berdal.* — Traité de la syphilis.
- Fournier.* — Traité de la syphilis.
- Brouardel et Gilbert.*
- Bouchard et Brissaud.*
- Hutinel.* — Les maladies des enfants.
- Dieulafoy.* — Pathologie interne.
- Sabouraud.* — Dermatologie topographique.
Contribution au diagnostic du chancre amygdalien.
— Archives de médecine, 1884.
- Diday.* — Société médicale de Lyon. Thèse de Lyon, 1861-1862.
Thèse de Sabareanu.
- Bourges (A.).* — Les angines pseudo-diphthériques. Semaine médicale, juillet 1895.
- Robin (A.).* — Syphilis amygdalienne, 1886.
- Dieulafoy.* — Chancre de l'amygdale. Semaine médicale, avril 1895.
- Jeanselme.* — Gazette des hôpitaux, janvier 1890.
- Legendre.* — Archives de médecine, janvier et mars 1884.
- Aumont.* — Thèse de Paris, 1893.
- Touchal aume.* Thèse de Paris.
- Lavergue et Perrin.* — Annales de dermatologie, 1884.
- Marfan.* — Annales de dermatologie, 1890.
Thèse de Luisi, 1904-1905.
Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie, juin 1901.
- Feulard.* — Annales de dermatologie, novembre 1892.
- Brouardel.* — Causes d'erreur dans les expertises relatives aux attentats à la pudeur, 1884.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — Modes de contagion de la syphilis chez	
l'enfant.....	14
L'allaitement.....	14
Le baiser.....	27
Les ustensiles de ménage.....	34
Les jouets.....	35
Les objets de toilette.....	41
Chancre du tronc et des membres.....	44
Le lit commun.....	47
Chancre génital.....	49
Le linge de corps des parents.....	49
Le viol.....	52
Les opérations chirurgicales.....	59
Conclusion.....	63
CHAPITRE II. — Des caractères du chancre syphilitique	
chez l'enfant.....	69
Le chancre syphilitique en général.....	73
Chancre des lèvres.....	74
Chancre de la langue.....	79
Chancre des gencives.....	83
Chancre de l'amygdale.....	84
Chancre du nez.....	90
Chancre des joues.....	93
Chancre de l'œil.....	95
Chancre syphilitique génital.....	101
PRONOSTIC.....	108
CONCLUSIONS.....	113

